Machine Translated by Google

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION TEXT REVISION

DSM-5-TR™

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Machine Translated by Google

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION

TEXT REVISION

DSM-5-TR™

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Machine Translated by Google

DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO MANUAL DE DESORDENES MENTALES

QUINTA EDICIÓN

REVISIÓN DEL TEXTO

DSM-5-TR™

Machine Translated by Google

Asociación Americana de Psiquiatría

DSM-5-TR

Directores 2021–2022

PRESIDENTA VIVIAN B. PENDER, MD
PRESIDENTE ELECTO
REBECCA W. BRENDEL, MD, JD
TESORERO RICHARD F. SUMMERS, MD
SECRETARIA SANDRA DEJONG, MD, M.SC.

Asamblea
PONENTE
MARY JO FITZ-GERALD, MD, MBA
PRESIDENTE
ELECTO ADAM P. NELSON, MD

Junta Directiva
ELIE G. AOUN, MD, MRO
JENNY L. BOYER, MD, PH.D., JD
KENNETH CERTA, MD
C. FREEMAN, MD, MBA
MARY HASBAH ROESSEL, MD
GLENN A. MARTIN, MD
ERIC M. PLAKUN, MD
MICHELE REID, MD
FÉLIX TORRES, MD, MBA
SANYA VIRANI, MD, MPH
CHERYL D. WILLS, MD
MELINDA JOVEN, MD
UROOJ YAZDANI, MD,
MIEMBRO RESIDENTE FIDEICOMISARIO ELECTO

Machine Translated by Google

DSM-5

Funcionarios 2012–2013
PRESIDENTE
DILIP V. JESTE, MD
PRESIDENTE
ELECTO JEFFREY A. LIEBERMAN, MD
TESORERO DAVID FASSLER, MD
SECRETARIO ROGER PEELE, MD

Asamblea
VOCERO
R. SCOTT BENSON, MD
PRESIDENTE ELECTO
MELINDA L. JOVEN, MD

Junta Directiva
JEFFREY AKAKA, MD
CAROL A. BERNSTEIN, MD
BRIAN CROWLEY, MD
ANITA S. EVERETT, MD
JEFFREY GELLER, MD, MPH
MARC DAVID GRAFF, MD
JAMES A. GREEN, MD
JUDITH F. KASHTAN, MD
MOLLY K. MCVOY, MD
JAMES E. NININGER, MD
JOHN M. OLDHAM, MD
ALAN F. SCHATZBERG, MD
ALIK S. WIDGE, MD, PH.D.
ERIK R. VANDERLIP, MD,
MIEMBRO EN FORMACIÓN, FIDEICOMISARIO ELECTO

Machine Translated by Google

DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO MANUAL DE DESORDENES MENTALES

QUINTA EDICIÓN

REVISIÓN DEL TEXTO

DSM-5-TR™

Machine Translated by Google

Copyright © 2022 Asociación Estadounidense de Psiquiatría

DSM, DSM-5 y DSM-5-TR son marcas comerciales registradas de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. El uso de estos términos está prohibido sin el permiso de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS. A menos que la APA lo autorice por escrito, ninguna parte de este libro puede reproducirse ni utilizarse de manera incompatible con los derechos de autor de la APA. Esta prohibición se aplica a usos o reproducciones no autorizados en cualquier forma, incluidas las aplicaciones electrónicas.

La correspondencia relativa a los permisos de derechos de autor debe dirigirse a DSM Permissions, American Psychiatric Association Publishing, 800 Maine Avenue SW, Suite 900, Washington, DC 20024-2812.

Fabricado en los Estados Unidos de América en papel libre de ácido.

ISBN 978-0-89042-575-6 (Tapa dura) Primera impresión febrero de 2022

ISBN 978-0-89042-576-3 (rústica) Primera impresión febrero de 2022

Asociación Estadounidense de Psiquiatría
800 Maine Avenue SW Suite
900

Washington, DC 20024-2812
www.psychiatry.org

La cita correcta de este libro es Asociación Estadounidense de Psiquiatría: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, revisión del texto. Washington, DC, Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2022.

Nombres de datos de catalogación en publicación de la Biblioteca del
Congreso : Asociación Estadounidense de Psiquiatría, organismo emisor.
Título: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5-TR / Asociación Americana de Psiquiatría.
Otros títulos: DSM-5-TR

Descripción: Quinta edición, revisión de texto. | Washington, DC: Publicaciones de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, [2022] | Incluye índice.

Identificadores: LCCN 2021051781 (imprimir) | LCCN 2021051782 (libro electrónico) | ISBN 9780890425756 (tapa dura; papel alk.) | ISBN 9780890425763 (rústica; papel alk.) | ISBN 9780890425770 (libro electrónico)

Temas: MESH: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta edición | Trastornos mentales: clasificación | Mental Trastornos: diagnóstico

Clasificación: LCC RC455.2.C4 (imprimir) | LCC RC455.2.C4 (libro electrónico) | NLM WM 15 | DDC 616.89/075—dc23/eng/20211209 Registro LC disponible en https://lccn.loc.gov/2021051781 Registro de libro electrónico LC
disponible en https://lccn.loc.gov/2021051782.

Catalogación de la Biblioteca Británica en datos de publicaciones
Un registro CIP está disponible en la Biblioteca Británica.

Diseño de texto: Tammy J. Cordova

Fabricación: Sheridan Books, Inc.

Machine Translated by Google

Contenido

Presidentes y grupos de revisión del DSM-5-TR

Grupo de trabajo y grupos de trabajo del DSM-5

Prefacio al DSM-5-TR

Prefacio al DSM-5

Clasificación DSM-5-TR

Sección I

Conceptos básicos del DSM-5

Introducción

Uso del Manual

Declaración de precaución para el uso forense del DSM-5

Sección II

Criterios y códigos de diagnóstico

Trastornos del neurodesarrollo

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Trastornos bipolares y relacionados

Trastornos depresivos

Desórdenes de ansiedad

Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados

Trastornos relacionados con traumas y factores estresantes

Trastornos disociativos

Síntoma somático y trastornos relacionados

Trastornos de la alimentación y la alimentación

Trastornos de eliminación

Machine Translated by Google

Trastornos del sueño y la vigilia

Disfunciones sexuales

Disforia de género

Trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta

Trastornos adictivos y relacionados con sustancias

Trastornos neurocognitivos

Desorden de personalidad

Trastornos parafílicos

Otros trastornos mentales y códigos adicionales

Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de Medicamento

Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica

Sección III
Medidas y modelos emergentes

Medidas de evaluación

Cultura y diagnóstico psiquiátrico

Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad

Condiciones para estudios adicionales

Apéndice

Listado alfabético de diagnósticos DSM-5-TR y códigos ICD-10-CM

Listado numérico de diagnósticos DSM-5-TR y códigos ICD-10-CM

Asesores del DSM-5 y otros colaboradores

Índice

Machine Translated by Google

Sillas DSM-5-TR

MICHAEL B. PRIMERO, MD
Copresidente del Subcomité de Revisión y editor del DSM-5-TR

PHILIP WANG, MD, DR.PH
Copresidente del Subcomité de Revisión

WILSON M. COMPTON, MD, MPE
Vicepresidente del Subcomité de Revisión

DANIEL S. PINO, MD
Vicepresidente del Subcomité de Revisión

SUSAN K. SCHULTZ, MD
Consultor de texto

PHILIP R. MUSKIN, MD, MA
Editor de revisión de conflictos de intereses

ANN M. ENG
Editora en jefe de DSM

División de personal de investigación de la APA sobre DSM-5-TR

NITIN GOGTAY, MD
Jefe de la División de Investigación y Director Médico Adjunto

PHILIP WANG, MD, DR.PH
exdirector médico adjunto y director de investigación

Diana E. Clarke, Ph.D., directora general de investigación e investigadora principal en estadística/epidemióloga

Lamyaa H. Yousif, MD, Ph.D., M.Sc., Gerente senior de operaciones e investigación de DSM
Asociado

Sejal Patel, MPH, investigadora asociada sénior Laura

Thompson, MS, investigadora asociada y directora de programas Stephanie Smith,

Ph.D., ex directora sénior de operaciones de DSM y escritora científica

Oficina del Director Médico de la APA SAUL

LEVIN, MD, MPA
CEO y director médico

COLLEEN M. COYLE, JD
Consejero general

Machine Translated by Google

Comité Directivo de DSM

PAUL S. APPELBAUM, MD
Presidente

ELLEN LEIBENLUFT, MD
Vicepresidente

KENNETH S. KENDLER, MD
Vicepresidente

Miembros

Renato D. Alarcón, MD, MPH
Pamela Y. Collins, MD, MPH
Michelle G. Craske, Ph.D.
Michael B. Primero, MD
Dolores Malaspina, MD, MS, MSPH
Glenn Martín, MD
Susan K. Schultz, MD
Andrew E. Skodol, MD
Kimberly A. Yonkers, MD

Enlaces

Wilson M. Compton, MD, MPE, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas
George F. Koob, Ph.D. (2019–2020), Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo
Lorenzo Leggio, MD, Ph.D. (2020–), Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo
Sarah Morris, Ph.D., Instituto Nacional de Salud Mental

Grupos de revisión transversales

Grupo de Revisión Transversal de Cultura Dr.
ROBERTO LEWIS- FERNÁNDEZ
Silla

Renato D. Alarcón, MD, MPH
Anne E. Becker, MD, Ph.D.
Kamaldeep Bhui, CBE, MD
Guilherme Borges, Ph.D.
Suparna Choudhury, Ph.D.
Dr. Jack Drescher
Ana Gómez-Carrillo, MD
Brian J. Hall, Ph.D.
Felicia Heidenreich-Dutray, MD

Machine Translated by Google

Eva Heim, Ph.D.
Stefan G. Hofmann, Ph.D.
G. Eric Jarvis, MD
Christian Kieling, MD, Ph.D.
Laurence J. Kirmayer, MD
Brandon Kohrt, MD, Ph.D.
Rishav Koirala, MD, Ph.D. candidato
Andrian Liem, Ph.D.
Francisco G. Lu, MD
Kwame McKenzie, MD
Fahimeh Mianji, Ph.D.
Byamah Brian Mutamba, MBCh.B., M.Med. (Psicología), MPH, Ph.D.
Claudia Rafful, Ph.D.
Cécile Rousseau, MD
Andrew G. Ryder, Ph.D.
Vedat Şar, MD
Soraya Seedat, MD, Ph.D.
Gwen Yeo, Ph.D.
Ricardo Orozco Zavala, Ph.D.

Grupo Transversal de Revisión Forense
DEBRA A. PINALS, MD
Silla

Carl E. Fisher, MD
Steven K. Hoge, MD
Reena Kapoor, MD
Jeffrey L. Metzner, MD
Howard Zonana, MD

Grupo Transversal de Revisión de Sexo y Género
KIMBERLY A. YONKERS, MD
Silla

Margaret Altemus, MD
Lucy C. Barker, MD
Ariadna Forray, MD
Constanza Guille, MD
Susan G. Kornstein, MD
Melissa A. Nishawala, MD
Jennifer L. Payne, MD

Machine Translated by Google

Walter A. Rocca MD, MPH

Manpreet K. Singh, MD, MS

Simone Vigod, MD, M.Sc.

Kristine Yaffe, MD

Anahita Bassir Nia, MD, Consultora

Grupo Transversal de Revisión del Suicidio

MICHAEL F. GRUNEBAUM, MD

Revisor principal

David A. Brent, MD, revisor Katalin

Szanto, MD, revisor

Grupo de Trabajo de Inclusión y Equidad Etnorracial

ROBERTO LEWIS-FERNÁNDEZ, MD

Copresidente

DANIELLE HAIRSTON, MD

Copresidente

Renato D. Alarcón, MD, MPH

Paul S. Appelbaum, MD, ex officio Diana

E. Clarke, Ph.D., M.Sc.

Constanza E. Dunlap, MD

Nitin Gogtay, MD

Joseph P. desaparecido, Ph.D.

Jessica E. Isom, MD, MPH

Laurence J. Kirmayer, MD

Francisco G. Lu, MD

Dolores Malaspina, MD, MS, MSPH

Altha J. Stewart, MD

Lamyaa H. Yousif, MD, Ph.D., M.Sc.

Grupos de Revisión por Capítulo de la Sección II

Trastornos del neurodesarrollo

GILLIAN BAIRD, MB, B.CHIR.

Editor de sección

Michael H. Bloch, MD, MS

Jane E. Clark, Ph.D.

James C. Harris, MD †

Machine Translated by Google

Bryan H. King, MD, MBA
James F. Leckman, MD, Ph.D.
Amy E. Margolis, Ph.D.
Diane Paul, Ph.D.
Dr. Steven R. Pliszka
Mabel L. Rice, Ph.D.
Amy M. Wetherby, Ph.D.
Juliann Woods, Ph.D.

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos STEPHAN HECKERS, MD
Editor de sección

Somya Abubucker, MD
Oliver Freudenreich, MD
Paolo Fusar-Poli, MD, Ph.D.
Dr. medicina. Stefan Gutwinski
Andreas Heinz, MD, Ph.D.
Frank Pillmann, MD, Ph.D.
James B. Potasa, MD, MPH
Marc A. Schuckit, MD
Paul Summergrad, MD
Rajiv Tandon, MD
Sebastián Walther, MD

Trastornos bipolares y relacionados
MICHAEL J. OSTACHER, MD, MPH, MMSC.
Editor de sección

Benjamín I. Goldstein, MD, Ph.D.
Greg Murray, Ph.D.
Martha Sajatovic, MD
Marc A. Schuckit, MD
Paul Summergrad, MD
Trisha Suppes, MD, Ph.D.
Holly A. Swartz, MD
Bryan K. Tolliver, MD, Ph.D.

Trastornos depresivos
WILLIAM H. CORYELL, MD

Machine Translated by Google

Editor de sección

Scott R. Beach, MD

Ellen Leibenluft, MD

Robert M. McCarron, DO

Marc A. Schuckit, MD

Kimberly A. Yonkers, MD

Sidney Zisook, MD

Trastornos de ansiedad

MICHELLE G. CRASKE, PH.D.

Editor de sección

Katja Beesdo-Baum, Ph.D.

Susan Bogels, Ph.D.

Lily A. Brown, Ph.D.

Richard LeBeau, Ph.D.

Vijaya Manicavasagar, Ph.D.

Bita Mesri, Ph.D.

Peter Muris, Ph.D.

Thomas H. Ollendick, Ph.D.

Kate Wolitzky-Taylor, Ph.D.

Tomislav D. Zbozinek, Ph.D.

Susan K. Schultz, MD, consultora de textos

Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados

KATHARINE A. PHILLIPS, MD

Editor de sección

Randy O. Frost, Ph.D.

Jon E. Grant, MD, MPH, JD

Christopher Pittenger, MD, Ph.D.

Helen Blair Simpson, MD, Ph.D.

Dan J. Stein, MD, Ph.D.

Gail Steketee, Ph.D.

Susan K. Schultz, MD, consultora de textos

Trastornos relacionados con traumas y factores

estresantes MATTHEW J. FRIEDMAN, MD, PH.D.

Editor de sección

Machine Translated by Google

David A. Brent, MD

Richard Bryant, Ph.D.

Julianna M. Finelli, MD

Dean G. Kilpatrick, Ph.D.

Roberto Lewis-Fernández, MD

Holly G. Prigerson, Ph.D.

Robert S. Pynoos, MD, MPH

Paula P. Schnurr, Ph.D.

James J. Strain, MD

Robert J. Ursano, MD

Frank W. Weathers, Ph.D.

Charles H. Zeanah Jr., MD

Susan K. Schultz, MD, consultora de textos

Trastornos disociativos

RICHARD J. LOEWENSTEIN, MD
Editor de sección

Frank W. Putnam Jr., MD

Daphne Simeón, MD

Susan K. Schultz, MD, consultora de textos

Síntomas somáticos y trastornos relacionados

JAMES L. LEVENSON, MD
Editor de sección

Marc D. Feldman, MD

Bernd Löwe, Prof. Dr. med. Dipl.-Psic.

Jill M. Newby, Ph.D.

Jon Stone, MBCh.B., Ph.D.

Gregory Yates, MA

Trastornos de la alimentación y de la alimentación

B. TIMOTHY WALSH, MD
Editor de sección

MICHAEL J. DEVLIN, MD
Crítico

Trastornos de eliminación

DANIEL S. PINE, MD

Machine Translated by Google

Editor de sección

Israel Franco, MD

Patricio C. Gargollo, MD

Peter L. Lu, MD, MS

Stephen A. Zderic, MD

Trastornos del sueño y la
vigilia MICHAEL J. SATEIA, MD
Editor de sección

R. Robert Auger, MD

Jack D. Edinger, Ph.D.

Kiran Maski, MD, MPH

Stuart F. Quan, MD

Thomas E. Scammell, MD

Marc A. Schuckit, MD

Erik K. St. Louis, MD, MS

John W. Winkelman, MD, Ph.D.

Disfunciones sexuales
LORI A. BROTTO, PH.D.
Editor de sección

Stanley E. Althof, Ph.D.

Cynthia A. Graham, Ph.D.

Dennis Kalogeropoulos, Ph.D.

Julie Larouche, MPs.

Pedro Nobre, Ph.D.

Michael A. Perelman, Ph.D.

Natalie O. Rosen, Ph.D.

Marc A. Schuckit, MD

Sharon J. Parish, MD, revisora médica Susan K.

Schultz, MD, consultora de textos

Disforia de género
JACK DRESCHER, MD
Editor de sección

Stewart L. Adelson, MD

Walter O. Bockting, Ph.D.

William Byne, MD, Ph.D.

Annelou LC de Vries, MD, Ph.D.

Machine Translated by Google

Cecilia Dhejne, MD, Ph.D.

Thomas D. Steensma, Ph.D.

Trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta PAUL
J. FRICK, PH.D.
Editor de sección

Jeffrey D. Burke, Ph.D.

S. Alexandra Burt, Ph.D.

Emil F. Coccaro, MD

Jon E. Grant, MD, MPH, JD

Trastornos adictivos y relacionados con sustancias
DEBORAH S. HASIN, PH.D.
Editor de sección

Carlos Blanco, MD, Ph.D.

David Bochner, Ph.D.

Alan J. Budney, Ph.D.

Wilson M. Compton, MD, MPE

John R. Hughes, MD

Laura M. Juliano, Ph.D.

Bradley T. Kerridge, Ph.D.

Marc N. Potenza, MD, Ph.D.

Marc A. Schuckit, MD

Trastornos neurocognitivos
SUSAN K. SCHULTZ, MD
Editor de sección

Brian S. Appleby, MD

David B. Arciniegas, MD

Karl Goodkin, MD, Ph.D.

Sharon K. Inouye, MD, MPH

Constantino Lyketsos, MD, MHS

Ian G. McKeith, MD

Bruce L. Miller, MD

David J. Moser, Ph.D.

Peggy C. Nopoulos, MD

Howard J. Rosen, MD

Perminder S. Sachdev, MD, Ph.D.

Machine Translated by Google

Marc A. Schuckit, MD
Paul Summergrad, MD
Daniel Weintraub, MD

Trastornos de la
personalidad MARK ZIMMERMAN, MD
Editor de sección

Donald W. Negro, MD
Robert F. Bornstein, Ph.D.
Erin A. Hazlett, Ph.D.
Lisa Lampe, MB,BS, Ph.D.
Royce Lee, MD
Josué D. Miller, Ph.D.
Antonio Pinto, Ph.D.
Elsa F. Ronningstam, Ph.D.
Douglas B. Samuel, Ph.D.
Susan K. Schultz, MD
Glen L. Xiong, MD
María C. Zanarini, Ed.D.

Trastornos parafílicos
RICHARD B. KRUEGER, MD
Editor de sección

Peer Briken, MD
Luk Gijs, Ph.D.
Andreas Mokros, Ph.D.
Pekka Santtila, Ph.D.
Michael C. Seto, Ph.D.

Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos
ALAN F. SCHATZBERG, MD
Editor de sección

Jacob S. Ballon, MD, MPH
Kevin J. Negro, MD
Peter F. Buckley, MD
Leslie Citrome, MD, MPH
Ira D. Glick, MD
Rona Hu, MD
Paul E. Keck Jr., MD
Stephen R. Marder, MD

Machine Translated by Google

Laura Marsh, MD

Richard C. Shelton, MD

Nolan Williams, MD

Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica Michael B.

First, MD

Nitin Gogtay, MD

Diana E. Clarke, Ph.D.

Lamyaa H. Yousif, MD, Ph.D., M.Sc.

Revisores de los textos de la Sección III

Medidas de evaluación

Nitin Gogtay, MD

Philip Wang, MD, Dr.PH

Diana E. Clarke, Ph.D.

Lamyaa H. Yousif, MD, Ph.D., M.Sc.

Stephanie Smith, Ph.D.

Cultura y Diagnóstico Psiquiátrico ROBERTO
LEWIS-FERNÁNDEZ, MD
Editor de sección

Neil Krishan Aggarwal, MD, MBA, MA

Ana Gómez-Carrillo, MD

G. Eric Jarvis, MD

Bonnie N. Kaiser, Ph.D., Maestría en Salud Pública

Laurence J. Kirmayer, MD

Brandon Kohrt, MD, Ph.D.

Condiciones para estudios adicionales

Síndrome de psicosis atenuada Paolo

Fusar-Poli, MD, Ph.D.

Dr. Stephan Heckers

Episodios depresivos con hipomanía de corta duración Benjamin

I. Goldstein, MD, Ph.D.

Greg Murray, Ph.D.

Michael J. Ostacher, MD, MPH, MMSc.

Trastorno por consumo de cafeína

Machine Translated by Google

Laura M. Juliano, Ph.D.

Alan J. Budney, Ph.D.

Deborah S. Hasin, Ph.D.

Wilson M. Compton, MD, MPE

Trastorno de los juegos de

Internet Charles O'Brien, MD, Ph.D.

Jon E. Grant, MD, MPH, JD

Wilson M. Compton, MD, MPE

Deborah S. Hasin, Ph.D.

Trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol Bridget

F. Grant, Ph.D., Ph.D.

Deborah S. Hasin, Ph.D.

Trastorno de conducta suicida

Michael F. Grunebaum, MD

David A. Brent, MD

Katalin Szanto, MD

Autolesiones no suicidas

E. David Klonsky, Ph.D.

Jennifer J. Muehlenkamp, Ph.D.

Jason J. Washburn, Ph.D.

Comités de revisión del Comité Directivo del DSM

Nota: Estos grupos revisaron propuestas formales de cambios examinadas por el Comité Directivo del DSM desde la publicación del DSM-5.

Trastornos del neurodesarrollo DANIEL

S. PINE, MD

Presidente

Catherine E. Señor, Ph.D.

Sally Ozonoff, Ph.D.

José Piven, MD

Moira A. Rynn, MD

Anita Thapar, MD

Trastornos mentales graves

CARRIE E. BEARDEN, PH.D.

Presidente

William T. Carpenter, MD

Machine Translated by Google

Benoit H. Mulsant, MD, MS
Peter V. Rabins, MD, MPH
Mark Zimmerman, MD

Trastornos de internalización
ROBERTO LEWIS-FERNÁNDEZ, MD
Presidente

William H. Coryell, MD
Constanza Hammen, Ph.D.
James L. Levenson, MD
Katharine A. Phillips, MD
Dan J. Stein, MD, Ph.D.

Revisores adicionales sobre el Trastorno de duelo prolongado
David A. Brent, MD
Michael B. Primero, MD
Matthew J. Friedman, MD, Ph.D.
Christopher M. Layne, Ph.D.
Roberto Lewis-Fernández, MD
Paul K. Maciejewski, Ph.D.
Katharine A. Phillips, MD
Holly G. Prigerson, Ph.D.
Robert S. Pynoos, MD
Carlos F. Reynolds III, MD
M. Katherine Shear, MD
Thomas A. Widiger, Ph.D.
Kimberly A. Yonkers, MD
Helena Chmura Kraemer, Ph.D., Consultora

Trastornos de externalización y trastornos de la personalidad
CARLOS BLANCO, MD, PH.D.
Presidente

Lee Anna Clark, Ph.D.
Richard B. Krueger, MD
Christopher J. Patrick, Ph.D.
Marc A. Schuckit, MD

Trastornos de los sistemas
corporales PETER DANIOLOS, MD
Presidente

Machine Translated by Google

Cynthia A. Graham, Ph.D.
Debra K. Katzman, MD
B. Timothy Walsh, MD
Joel Yager, MD

---

†Murió el 5 de abril de 2021.

Machine Translated by Google

Grupo de trabajo y grupos de trabajo del DSM-5

DAVID J. KUPFER, MD
Presidente del grupo de trabajo

DARREL A. REGIER, MD, MPH
Vicepresidente del grupo de trabajo

William E. Narrow, MD, MPH, Director de investigación
Susan K. Schultz, MD, Editora de
textos Emily A. Kuhl, Ph.D., Editor de
textos APA Dan G. Blazer, MD, Ph.D., MPH
Jack D. Burke Jr., MD, MPH
William T. Carpenter Jr., MD
F. Xavier Castellanos, MD
Wilson M. Compton, MD, MPE
Joel E. Dimsdale, MD
Javier I. Escobar, MD, M.Sc.
Jan A. Fawcett, MD
Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D. (2009–)
Dr. Steven E. Hyman (2007–2012)
Dilip V. Jeste, MD (2007–2011)
Helena C. Kraemer, Ph.D.
Daniel T. Mamah, MD, MPE
James P. McNulty, AB, Sc.B.
Howard B. Moss, Doctor en Medicina (2007–2009)
Charles P. O'Brien, MD, Ph.D.
Roger Peele, MD
Katharine A. Phillips, MD
Daniel S. Pino, MD
Carlos F. Reynolds III, MD
Maritza Rubio-Stipec, Sc.D.
David Shaffer, MD
Andrew E. Skodol II, MD
Susan E. Swedo, MD
B. Timothy Walsh, MD

Machine Translated by Google

Philip Wang, MD, Dr. PH (2007–2012)
William M. Womack, MD
Kimberly A. Yonkers, MD
Kenneth J. Zucker, Ph.D.
Norman Sartorius, MD, Ph.D., Consultor

División de personal de investigación de la APA sobre el DSM-5

Darrel A. Regier, MD, MPH, Director, División de Investigación
William E. Narrow, MD, MPH, Director asociado Emily A.
Kuhl, Ph.D., Redactora científica principal; Editora de textos Diana
E. Clarke, Ph.D., M.Sc., Estadística de investigación

Lisa H. Greiner, MSSA, Gerente de Proyecto de Ensayos de Campo
DSM-5 Eve K. Moscicki, Sc.D., MPH, Directora, Red de Investigación
Práctica S. Janet Kuramoto, Ph.D., MHS, Investigadora Científica Asociada Senior, Investigación Práctica Red

Amy Porfiri, MBA Directora de Finanzas y Administración Jennifer
J. Shupinka, Subdirectora de Operaciones de DSM Seung-Hee
Hong, Investigadora asociada sénior de DSM Anne R.
Hiller, Investigadora asociada de DSM Alison
S. Beale, Investigadora asociada de DSM
Spencer R. Case, DSM Investigador asociado

Joyce C. West, Ph.D., MPP, Directora de investigación de políticas de salud, Red de investigación práctica
Farifteh F. Duffy, Ph.D., Directora de investigación de atención de calidad, Red de investigación
práctica Lisa M. Countis, Gerente de operaciones de campo, Red de investigación práctica

Christopher M. Reynolds, asistente ejecutivo

Oficina del Director Médico de la APA

JAMES H. SCULLY JR., MD
Director médico y director ejecutivo

Consultores editoriales y de codificación

Michael B. Primero, MD
María N. Ward, M.Ed., RHIT, CCS-P

Grupos de trabajo del DSM-5

Machine Translated by Google

TDAH y trastornos de conducta disruptiva DAVID
SHAFFER, MD
Silla

F. XAVIER CASTELLANOS, MD
Copresidente

Paul J. Frick, Ph.D., Coordinadora de
textos Glorisa Canino, Ph.D.
Terrie E. Moffitt, Ph.D.
Joel T. Nigg, Ph.D.
Luis Augusto Rohde, MD, Sc.D.
Romero Tannock, Ph.D.
Eric A. Taylor, MB
Richard Todd, Ph.D., MD (f. 2008)

Ansiedad, espectro obsesivo-compulsivo, trastornos postraumáticos y disociativos KATHARINE A.
PHILLIPS, MD
Silla

Michelle G. Craske, Ph.D., Coordinadora de textos
J. Gavin Andrews, MD
Susan M. Bögels, Ph.D.
Matthew J. Friedman, MD, Ph.D.
Eric Hollander, médico (2007–2009)
Roberto Lewis-Fernández, MD, MTS
Robert S. Pynoos, MD, MPH
Scott L. Rauch, MD
H. Blair Simpson, MD, Ph.D.
David Spiegel, MD
Dan J. Stein, MD, Ph.D.
Murray B. Stein, MD
Robert J. Ursano, MD
Hans-Ulrich Wittchen, Ph.D.

Trastornos de la infancia y la adolescencia
DANIEL S. PINO, MD
Silla

Ronald E. Dahl, MD
E. Jane Costello, Ph.D. (2007-2009)
Regina Smith James, MD
Rachel G. Klein, Ph.D.

Machine Translated by Google

James F. Leckman, MD
Ellen Leibenluft, MD
Judith HL Rapoport, MD
Charles H. Zeanah, MD

Trastornos de la
alimentación B. TIMOTHY WALSH, MD
Silla

Stephen A. Wonderlich, Ph.D., Coordinadora de
textos Evelyn Attia, MD
Anne E. Becker, MD, Ph.D., Sc.M.
Rachel Bryant-Waugh, MD
Hans W. Hoek, MD, Ph.D.
Richard E. Kreipe, MD
Marsha D. Marcus, Ph.D.
James E. Mitchell, MD
Ruth H. Striegel-Moore, Ph.D.
G. Terence Wilson, Ph.D.
Barbara E. Wolfe, Ph.D., APRN

Trastornos del estado
de ánimo JAN A. FAWCETT, MD
Silla

Ellen Frank, Ph.D., Coordinadora de
textos Jules Angst, MD (2007–2008)
William H. Coryell, MD
Lori L. Davis, MD
Raymond J. DePaulo, MD
Sir David Goldberg, MD
James S. Jackson, Ph.D.
Kenneth S. Kendler, Doctor en Medicina (2007–2010)
Mario Maj, MD, Ph.D.
Dr. Husseini K. Manji (2007–2008)
Michael R. Phillips, MD
Trisha Suppes, MD, Ph.D.
Carlos A. Zárate, MD

Trastornos neurocognitivos

Machine Translated by Google

DILIP V. JESTE, MD (2007–2011)
Presidente Emérito

DAN G. BLAZER, MD, PH.D., MPH
Silla

RONALD C. PETERSEN, MD, PH.D.
Copresidente

Mary Ganguli, MD, MPH, Coordinadora de textos
Deborah Blacker, MD, Sc.D.
Warachal Faison, Doctor en Medicina (2007–2008)
Igor Grant, MD
Eric J. Lenze, MD
Jane S. Paulsen, Ph.D.
Perminder S. Sachdev, MD, Ph.D.

Trastornos del neurodesarrollo

SUSAN E. SWEDO, MD
Silla

Gillian Baird, MA, MB, B.Chir., Coordinadora de textos
Edwin H. Cook Jr., MD
Francesca G. Happé, Ph.D.
James C. Harris, MD
Walter E. Kaufmann, MD
Bryan H. Rey, MD
Catherine E. Señor, Ph.D.
José Piven, MD
Sally J. Rogers, Ph.D.
Sarah J. Spence, MD, Ph.D.
Romero Tannock, Ph.D.
Fred Volkmar, Doctor en Medicina (2007–2009)
Amy M. Wetherby, Ph.D.
Harry H. Wright, MD

Personalidad y trastornos de la personalidad[1]

ANDREW E. SKODOL, MD
Silla

JOHN M. OLDHAM, MD
Copresidente

Robert F. Krueger, Ph.D., Coordinador de textos
Renato D. Alarcón, MD, MPH

Machine Translated by Google

Carl C. Bell, MD
Donna S. Bender, Ph.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.
W. John Livesley, MD, Ph.D. (2007-2012)
Leslie C. Morey, Ph.D.
Larry J. Siever, MD
Roel Verheul, Ph.D. (2008-2012)

Trastornos psicóticos
WILLIAM T. CARPENTER JR., MD
Silla

Deanna M. Barch, Ph.D., Coordinadora de
textos Juan R. Bustillo, MD
Wolfgang Gaebel, MD
Raquel E. Gur, MD, Ph.D.
Dr. Stephan H. Heckers
Dolores Malaspina, MD, MSPH
Michael J. Owen, MD, Ph.D.
Susan K. Schultz, MD
Rajiv Tandon, MD
Ming T. Tsuang, MD, Ph.D.
Jim van Os, MD

Trastornos sexuales y de identidad de género
KENNETH J. ZUCKER, PH.D.
Silla

Lori Brotto, Ph.D., Coordinadora de
textos Irving M. Binik, Ph.D.
Ray M. Blanchard, Ph.D.
Peggy T. Cohen-Kettenis, Ph.D.
Dr. Jack Drescher
Cynthia A. Graham, Ph.D.
Martín P. Kafka, MD
Richard B. Krueger, MD
Niklas Långström, MD, Ph.D.
Heino FL Meyer-Bahlburg, Dr. rer. nat.
Dr. Friedemann Pfäfflin
Robert Taylor Segraves, MD, Ph.D.

Machine Translated by Google

Trastornos del sueño y la
vigilia CHARLES F. REYNOLDS III, MD
Silla

Ruth M. O'Hara, Ph.D., Coordinadora de textos

Charles M. Morin, Ph.D.

Allan I. Pack, Ph.D.

Kathy P. Parker, Ph.D., enfermera registrada

Susan Redline, MD, MPH

Dieter Riemann, Ph.D.

Trastornos de síntomas somáticos
JOEL E. DIMSDALE, MD
Silla

James L. Levenson, MD, Coordinador de textos

Arthur J. Barsky III, MD

Francisco Credo, MD

Nancy Frasure-Smith, Ph.D. (2007-2011)

Michael R. Irwin, MD

Francisco J. Keefe, Ph.D. (2007-2011)

Sing Lee, MD

Michael Sharpe, MD

Lawson R. Wulsin, MD

Trastornos relacionados con
sustancias CHARLES P. O'BRIEN, MD, PH.D.
Silla

THOMAS J. CROWLEY, MD
Copresidente

Wilson M. Compton, MD, MPE, Coordinador de textos Marc
Auriacombe, MD

Guilherme LG Borges, MD, Dr.Sc.

Kathleen K. Bucholz, Ph.D.

Alan J. Budney, Ph.D.

Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D.

Deborah S. Hasin, Ph.D.

Dr. Thomas R. Kosten (2007–2008)

Walter Ling, MD

Spero M. Manson, Ph.D. (2007-2008)

Machine Translated by Google

A. Thomas McLellan, Ph.D. (2007-2008)

Nancy M. Petry, Ph.D.

Marc A. Schuckit, MD

Wim van den Brink, MD, Ph.D. (2007-2008)

Grupos de estudio del DSM-5

Espectros de diagnóstico y armonización DSM/ICD

STEVEN E. HYMAN, MD
Presidente (2007-2012)

William T. Carpenter Jr., MD

Wilson M. Compton, MD, MPE

Jan A. Fawcett, MD

Helena C. Kraemer, Ph.D.

David J. Kupfer, MD

William E. Narrow, MD, MPH

Charles P. O'Brien, MD, Ph.D.

John M. Oldham, MD

Katharine A. Phillips, MD

Darrel A. Regier, MD, MPH

Enfoques de desarrollo a lo largo de la vida

ERIC J. LENZE, MD
Silla

SUSAN K. SCHULTZ, MD
Presidente Emérito

DANIEL S. PINO, MD
Presidente Emérito

Dan G. Blazer, MD, Ph.D., MPH

F. Xavier Castellanos, MD

Wilson M. Compton, MD, MPE

Daniel T. Mamah, MD, MPE

Andrew E. Skodol II, MD

Susan E. Swedo, MD

Cuestiones interculturales y de género

KIMBERLY A. YONKERS, MD
Silla

Machine Translated by Google

ROBERTO LEWIS FERNÁNDEZ, MD, MTS
Copresidente, Cuestiones interculturales

Renato D. Alarcón, MD, MPH
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Javier I. Escobar, MD, M.Sc.
Elena Frank, Ph.D.
James S. Jackson, Ph.D.
Spero M. Manson, Ph.D. (2007-2008)
James P. McNulty, AB, Sc.B.
Leslie C. Morey, Ph.D.
William E. Narrow, MD, MPH
Roger Peele, MD
Philip Wang, MD, Dr. PH (2007–2012)
William M. Womack, MD
Kenneth J. Zucker, Ph.D.

Interfaz psiquiátrica/médica general
LAWSON R. WULSIN, MD
Silla

Ronald E. Dahl, MD
Joel E. Dimsdale, MD
Javier I. Escobar, MD, M.Sc.
Dilip V. Jeste, MD (2007–2011)
Walter E. Kaufmann, MD
Richard E. Kreipe, MD
Ronald C. Petersen, MD, Ph.D.
Carlos F. Reynolds III, MD
Robert Taylor Segraves, MD, Ph.D.
B. Timothy Walsh, MD

Deterioro y Discapacidad
JANE S. PAULSEN, PH.D.
Silla

J. Gavin Andrews, MD
Glorisa Canino, Ph.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.

Machine Translated by Google

Michelle G. Craske, Ph.D.
Hans W. Hoek, MD, Ph.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
William E. Narrow, MD, MPH
David Shaffer, MD

Instrumentos de evaluación de diagnóstico

JACK D. BURKE JR., MD, MPH
Silla

Lee Anna Clark, Ph.D.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
William E. Narrow, MD, MPH
David Shaffer, MD

Grupo de Investigación DSM-5

WILLIAM E. NARROW, MD, MPH
Silla

Jack D. Burke Jr., MD, MPH
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
David J. Kupfer, MD
Darrel A. Regier, MD, MPH
David Shaffer, MD

Glosario y especificadores de cursos

WOLFGANG GAEBEL, MD
Silla

Elena Frank, Ph.D.
Charles P. O'Brien, MD, Ph.D.
Norman Sartorius, MD, Ph.D., Consultor Susan
K. Schultz, MD
Dan J. Stein, MD, Ph.D.
Eric A. Taylor, MB
David J. Kupfer, MD
Darrel A. Regier, MD, MPH

Machine Translated by Google

1Los miembros del Grupo de Trabajo de Personalidad y Trastornos de la Personalidad son responsables del modelo alternativo DSM-5 para los trastornos de la personalidad que se incluye en la Sección III. Los criterios y el texto de los trastornos de la personalidad de la Sección II (con actualización del texto) se conservan del DSM-IV-TR.

Machine Translated by Google

Prefacio al DSM-5-TR

El Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría , quinta edición, revisión de texto (DSM-5-TR), es la primera revisión publicada del DSM-5. Este manual revisado integra los criterios de diagnóstico originales publicados del DSM-5 con modificaciones (principalmente para mayor claridad) para más de 70 trastornos, un texto descriptivo completamente actualizado que acompaña a cada uno de los trastornos del DSM basado en revisiones de la literatura desde la publicación del DSM-5 y la adición de un nuevo diagnóstico, trastorno de duelo prolongado y códigos de síntomas para informar conductas autolesivas suicidas y no suicidas. Estos cambios difieren del alcance de la revisión de texto anterior, DSM-IV-TR, en la que las actualizaciones se limitaron casi exclusivamente al texto, dejando los criterios de diagnóstico prácticamente sin cambios. Esta edición también integra todas las actualizaciones en línea anteriores realizadas al DSM-5 después de su publicación en 2013, en respuesta al uso, avances científicos específicos y ajustes de codificación de la CIE-10-CM a través de un proceso de revisión iterativo. En consecuencia, el DSM-5-TR es el producto de tres procesos de revisión separados, cada uno supervisado por grupos de expertos separados (pero superpuestos): el desarrollo de los criterios de diagnóstico originales del DSM-5 y el texto del Grupo de Trabajo del DSM-5, publicado en 2013; actualizaciones de los criterios de diagnóstico y el texto del DSM-5 por parte del Comité Directivo del DSM, que ha supervisado el proceso de revisión iterativa; y texto completamente actualizado supervisado por el Subcomité de Revisión.

La comprensión clínica y de investigación de los trastornos mentales continúa avanzando. Como resultado, la mayoría de los textos sobre trastornos del DSM-5-TR han tenido al menos alguna revisión desde los 9 años desde la publicación original en el DSM-5, y la abrumadora mayoría ha tenido revisiones significativas. Las secciones del texto que se actualizaron más ampliamente fueron Prevalencia, Factores de riesgo y pronóstico, Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura, Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género, Asociación con pensamientos o conductas suicidas y Comorbilidad. Además, por primera vez, todo el texto del DSM ha sido revisado y revisado por un Grupo de Trabajo sobre Equidad e Inclusión Etnorracial para garantizar la atención adecuada a factores de riesgo como la experiencia de racismo y discriminación, así como al uso de -Lenguaje estigmatizante. Para futuras codificaciones periódicas DSM-5-TR y otras actualizaciones, consulte www.dsm5.org.

Para fines de referencia en este manual, “DSM” se refiere generalmente a DSM como una entidad, sin especificar una edición en particular (por ejemplo, “Se necesita capacitación clínica y experiencia para utilizar DSM para determinar un diagnóstico clínico”). “DSM-5” se refiere al conjunto completo de criterios, trastornos, otras afecciones y contenidos actualmente aprobados publicados oficialmente en mayo de 2013. “DSM-5-TR” se refiere al texto aprobado en este volumen actual. Aunque el alcance de la revisión del texto no incluyó cambios conceptuales a los conjuntos de criterios ni a otros constructos del DSM-5, la necesidad de realizar cambios en ciertos conjuntos de criterios de diagnóstico con fines de clarificación se hizo evidente junto con las actualizaciones del texto realizadas en todo el libro. Debido a que la construcción conceptual de los criterios no ha cambiado, los conjuntos de criterios del DSM-5-TR que tuvieron su origen en el DSM-5 todavía se denominan "criterios del DSM-5". La nueva entidad diagnóstica del trastorno de duelo prolongado se denomina

Machine Translated by Google

como un trastorno del DSM-5-TR, debido a su inclusión en este volumen.

El desarrollo del DSM-5-TR fue un tremendo esfuerzo de equipo. Estamos especialmente en deuda con los incansables esfuerzos de Wilson M. Compton, MD, MPE, y Daniel S. Pine, MD, como vicepresidentes del Subcomité de Revisión del Texto del DSM-5, así como con los más de 200 expertos de todo nuestro campo que hicieron la mayor parte del trabajo de preparación de la revisión del texto. También nos gustaría agradecer a Paul Appelbaum, MD, Presidente del Comité Directivo de DSM.

Comité, junto con todo el Comité Directivo del DSM, por su cuidadosa revisión del texto y las aclaraciones de los criterios, y por hacer otras sugerencias útiles. Un agradecimiento especial a Ann M. Eng, editora en jefe de DSM, por su oportuna guía del proceso de desarrollo del DSM-5-TR desde la planificación hasta su finalización y por su meticulosa atención a los detalles, todos ellos fundamentales para el éxito de esta revisión. Agradecemos las valiosas contribuciones y ayuda de Nitin Gogtay, MD, Jefe de la División de Investigación de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y Director Médico Adjunto; Diana E. Clarke, Ph.D., directora general de investigación e investigadora principal en estadística/ epidemióloga; y Lamyaa H. Yousif, MD, Ph.D., M.Sc., gerente senior de operaciones de DSM e investigador asociado. Agradecemos el liderazgo de John McDuffie, editor de la American Psychiatric Association Publishing, y el trabajo del siguiente personal editorial y de producción de la American Psychiatric Association Publishing para hacer realidad este importante trabajo: Greg Kuny, editor en jefe de Libros; Tammy Cordova, Gerente de Diseño Gráfico; Andrew Wilson, director de producción; Judy Castagna, subdirectora de servicios de producción; Erika Parker, editora de adquisiciones; Alisa Riccardi, editora principal de Libros; y Carrie Y. Farnham, editora principal de Libros. Finalmente, también reconocemos con agradecimiento a Saul Levin, MD, MPA, director ejecutivo y director médico de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, por su defensa y apoyo a esta revisión integral del texto.

Michael B. Primero, MD
Copresidente del Subcomité de Revisión y editor del DSM-5-TR Philip
Wang, MD, Dr.PH
Copresidente del Subcomité de Revisión
5 de noviembre de 2021

Machine Translated by Google

Prefacio al DSM-5

El Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría es una clasificación de trastornos mentales con criterios asociados diseñados para facilitar diagnósticos más confiables de estos trastornos. Con ediciones sucesivas a lo largo de los últimos 60 años, se ha convertido en un referente estándar para la práctica clínica en el campo de la salud mental. Dado que una descripción completa de los procesos patológicos subyacentes no es posible para la mayoría de los trastornos mentales, es importante enfatizar que los criterios de diagnóstico actuales son la mejor descripción disponible de cómo se expresan los trastornos mentales y cómo pueden ser reconocidos por médicos capacitados.
El DSM pretende servir como una guía práctica, funcional y flexible para organizar información que pueda ayudar en el diagnóstico y tratamiento precisos de los trastornos mentales. Es una herramienta para los médicos, un recurso educativo esencial para estudiantes y profesionales, y una referencia para los investigadores en este campo.

Aunque esta edición del DSM fue diseñada ante todo para ser una guía útil para la práctica clínica, como nomenclatura oficial debe ser aplicable en una amplia diversidad de contextos. El DSM ha sido utilizado por médicos e investigadores de diferentes orientaciones (biológica, psicodinámica, cognitiva, conductual, interpersonal, familiar/sistémica), todos los cuales se esfuerzan por encontrar un lenguaje común para comunicar las características esenciales de los trastornos mentales que presentan sus pacientes. La información es valiosa para todos los profesionales asociados con diversos aspectos de la atención de salud mental, incluidos psiquiatras, otros médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, consejeros, especialistas forenses y legales, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, y otros profesionales de la salud. Los criterios son concisos y explícitos y pretenden facilitar una evaluación objetiva de la presentación de los síntomas en una variedad de entornos clínicos (pacientes hospitalizados, ambulatorios, hospitales parciales, consultas de enlace, clínicas, prácticas privadas y atención primaria), así como en estudios epidemiológicos comunitarios generales. de trastornos mentales. El DSM-5 es también una herramienta para recopilar y comunicar estadísticas precisas de salud pública sobre las tasas de morbilidad y mortalidad de los trastornos mentales. Finalmente, los criterios y el texto correspondiente sirven como libro de texto para estudiantes que inician su profesión y que necesitan una forma estructurada de comprender y diagnosticar los trastornos mentales, así como para profesionales experimentados que se enfrentan por primera vez a trastornos raros. Afortunadamente, todos estos usos son mutuamente compatibles.

Estas diversas necesidades e intereses se tuvieron en cuenta al planificar el DSM-5. La clasificación de los trastornos está armonizada con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, el sistema de codificación oficial utilizado en los Estados Unidos, de modo que los criterios del DSM definen los trastornos identificados mediante nombres de diagnóstico y números de código de la CIE. En el DSM-5, los códigos CIE-9-CM y CIE-10-CM (este último cuya adopción está prevista para octubre de 2015) se adjuntan a los trastornos relevantes en la clasificación.

Aunque el DSM-5 sigue siendo una clasificación categórica de trastornos separados, reconocemos que los trastornos mentales no siempre encajan completamente dentro de los límites de un solo trastorno. Algunos dominios de síntomas, como la depresión y la ansiedad, involucran múltiples categorías diagnósticas y

Machine Translated by Google

puede reflejar vulnerabilidades subyacentes comunes a un grupo más amplio de trastornos. En reconocimiento de esta realidad, los trastornos incluidos en el DSM-5 se reordenaron en una estructura organizativa revisada destinada a estimular nuevas perspectivas clínicas. Esta nueva estructura se corresponde con la disposición organizativa de los trastornos previstos para la CIE-11 cuyo lanzamiento está previsto para 2015. Se han introducido otras mejoras para promover la facilidad de uso en todos los entornos:

- Representación de cuestiones de desarrollo relacionadas con el diagnóstico. El cambio en la organización de los capítulos refleja mejor un enfoque a lo largo de la vida, con trastornos diagnosticados con mayor frecuencia en la infancia (p. ej., trastornos del neurodesarrollo) al comienzo del manual y trastornos más aplicables a la edad adulta (p. ej., trastornos neurocognitivos) al final del manual. Además, dentro del texto, los subtítulos sobre desarrollo y curso brindan descripciones de cómo las presentaciones de los trastornos pueden cambiar a lo largo de la vida. También se incluyen en el texto los factores relacionados con la edad específicos del diagnóstico (p. ej., presentación de síntomas y diferencias de prevalencia en ciertos grupos de edad). Para mayor énfasis, estos factores relacionados con la edad se han agregado a los propios criterios cuando corresponde (por ejemplo, en los conjuntos de criterios para el trastorno de insomnio y el trastorno de estrés postraumático, los criterios específicos describen cómo se pueden expresar los síntomas en los niños). Asimismo, se han integrado cuestiones de género y culturales en los trastornos cuando procede.
- Integración de hallazgos científicos de las últimas investigaciones en genética y neuroimagen. La estructura revisada del capítulo se basó en investigaciones recientes en neurociencia y en vínculos genéticos emergentes entre grupos de diagnóstico. En el texto se destacan los factores de riesgo genéticos y fisiológicos, los indicadores de pronóstico y algunos marcadores diagnósticos putativos. Esta nueva estructura debería mejorar la capacidad de los médicos para identificar diagnósticos en un espectro de trastornos basado en neurocircuitos comunes. vulnerabilidad genética y exposición ambiental.
- Consolidación del trastorno autista, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo en el trastorno del espectro autista. Los síntomas de estos trastornos representan un continuo único de deterioros leves a graves en los dos dominios de la comunicación social y comportamientos/intereses restrictivos y repetitivos, en lugar de ser trastornos distintos. Este cambio está diseñado para mejorar la sensibilidad y especificidad de los criterios para el diagnóstico del trastorno del espectro autista y para identificar objetivos de tratamiento más enfocados para las deficiencias específicas identificadas.
- Clasificación simplificada de los trastornos bipolares y depresivos. Los trastornos bipolares y depresivos son las afecciones más comúnmente diagnosticadas en psiquiatría. Por lo tanto, era importante simplificar la presentación de estos trastornos para mejorar el uso tanto clínico como educativo. En lugar de separar la definición de episodios maníacos, hipomaníacos y depresivos mayores de la definición de trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno depresivo mayor como en la edición anterior, incluimos todos los criterios componentes dentro de los criterios respectivos para cada trastorno. . Este enfoque facilitará el diagnóstico y el tratamiento a pie de cama de estos importantes trastornos. Del mismo modo, las notas explicativas para diferenciar el duelo y el trastorno depresivo mayor proporcionarán una orientación clínica mucho mayor que la proporcionada anteriormente en el criterio de exclusión del duelo simple. Los nuevos especificadores de angustia ansiosa y características mixtas ahora se describen completamente en la narrativa sobre las variaciones de especificadores que acompaña a los criterios para estos trastornos.

- Reestructuración de los trastornos por uso de sustancias para lograr coherencia y claridad. Las categorías de abuso de sustancias y dependencia de sustancias han sido eliminadas y reemplazadas por una nueva categoría general de trastornos por uso de sustancias, en la que la sustancia específica utilizada define los trastornos específicos. “Dependencia” se ha confundido fácilmente con el término “adicción” cuando, en realidad, la tolerancia y el retraimiento que previamente definían la dependencia son en realidad respuestas muy normales a medicamentos recetados que afectan el sistema nervioso central y no necesariamente indican la presencia de una adicción. .
  Al revisar y aclarar estos criterios en el DSM-5, esperamos aliviar algunos de los malentendidos generalizados sobre estos asuntos.

Machine Translated by Google

- Especificidad mejorada para trastornos neurocognitivos mayores y leves. Dada la explosión de la neurociencia, la neuropsicología y las imágenes cerebrales en los últimos 20 años, era fundamental transmitir los últimos avances en el diagnóstico de tipos específicos de trastornos a los que antes se hacía referencia como “demencias” o enfermedades orgánicas del cerebro.
  Marcadores biológicos identificados mediante imágenes para trastornos cerebrales vasculares y traumáticos y

  Los hallazgos genéticos moleculares específicos para variantes raras de la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Huntington han avanzado mucho en el diagnóstico clínico, y estos trastornos y otros ahora se han separado en subtipos específicos.
- Transición en la conceptualización de los trastornos de la personalidad. Aunque en ediciones anteriores se han identificado los beneficios de un enfoque más dimensional de los trastornos de la personalidad, la transición de un sistema de diagnóstico categórico de los trastornos individuales a uno basado en la distribución relativa de los rasgos de la personalidad no ha sido ampliamente aceptada. En el DSM-5, los trastornos categóricos de la personalidad prácticamente no cambian con respecto a la edición anterior. Sin embargo, en la Sección III se ha propuesto un modelo “híbrido” alternativo para guiar investigaciones futuras que separa las evaluaciones del funcionamiento interpersonal y la expresión de rasgos patológicos de la personalidad para seis trastornos específicos. También se propone un perfil más dimensional de la expresión de los rasgos de personalidad para un enfoque de rasgos específicos.

- Sección III: nuevos trastornos y características. Se ha agregado una nueva sección (Sección III) para resaltar los trastornos que requieren más estudios pero que no están suficientemente bien establecidos para ser parte de la clasificación oficial de trastornos mentales para uso clínico habitual. También se han incorporado medidas dimensionales de la gravedad de los síntomas en 13 dominios de síntomas para permitir la medición de niveles de síntomas de diversa gravedad en todos los grupos de diagnóstico. Asimismo, se ha proporcionado a sustituir la escala más limitada de Evaluación Global del Funcionamiento. Esperamos que a medida que estas medidas se implementen con el tiempo, proporcionen mayor precisión y flexibilidad en la descripción clínica de las presentaciones sintomáticas individuales y la discapacidad asociada durante las evaluaciones diagnósticas.

- Mejoras en línea. El DSM-5 incluye información complementaria en línea. Gravedad diagnóstica y transversal adicional
  Las medidas están disponibles en línea (www.psychiatry.org/dsm5), relacionados con los trastornos relevantes. Además, la Entrevista de formulación cultural, la Entrevista de formulación cultural: versión para informante y los módulos complementarios de la Entrevista de formulación cultural principal también se incluyen en línea en www.psychiatry.org/dsm5.

Estas innovaciones fueron diseñadas por las principales autoridades en trastornos mentales del mundo y se implementaron sobre la base de su revisión de expertos, comentarios públicos y revisión por pares independientes. Los 13 grupos de trabajo, bajo la dirección del Grupo de Trabajo del DSM-5, junto con otros órganos de revisión y, eventualmente, la Junta Directiva de la APA, representan colectivamente la experiencia global de la especialidad. Este esfuerzo fue apoyado por una amplia base de asesores y por el personal profesional de la División de Investigación de la APA; Los nombres de todos los involucrados son demasiado numerosos para mencionarlos aquí, pero se enumeran en el Apéndice. Debemos un enorme agradecimiento a quienes dedicaron innumerables horas y su invaluable experiencia a este esfuerzo por mejorar el diagnóstico de los trastornos mentales.

Nos gustaría agradecer especialmente a los presidentes, coordinadores de textos y miembros de los 13 grupos de trabajo, enumerados al principio del manual, que dedicaron muchas horas a este esfuerzo voluntario para mejorar la base científica de la práctica clínica durante un período sostenido de 6 años. período. Susan K. Schultz, MD, quien se desempeñó como editor de texto, trabajó incansablemente con Emily A. Kuhl, Ph.D., escritora científica senior y editora de texto del DSM-5, para coordinar los esfuerzos de los grupos de trabajo en un

Machine Translated by Google

todo cohesivo. William E. Narrow, MD, MPH, dirigió el grupo de investigación que desarrolló la estrategia de investigación general para el DSM-5, incluidas las pruebas de campo, que mejoraron enormemente la base de evidencia para esta revisión. Además, agradecemos a quienes contribuyeron tanto tiempo a la revisión independiente de las propuestas de revisión, incluidos Kenneth S. Kendler, MD, y Robert Freedman, MD, copresidentes del Comité de Revisión Científica; John S. McIntyre, MD, y Joel Yager, MD, copresidentes del Comité Clínico y de Salud Pública; y Glenn Martin, MD, presidente de la Asamblea de la APA

proceso de revisión. Un agradecimiento especial a Helena C. Kraemer, Ph.D., por su experta consulta estadística; Michael B. First, MD, por su valioso aporte sobre la codificación y revisión de criterios; y Paul S. Appelbaum, MD, por sus comentarios sobre cuestiones forenses. Maria N. Ward, M.Ed., RHIT, CCS-P, también ayudó a verificar toda la codificación del ICD. El Grupo de la Cumbre, que incluía a estos consultores, los presidentes de todos los grupos de revisión, los presidentes del grupo de trabajo y los funcionarios ejecutivos de la APA, presididos por el Dr. Dilip V. Jeste, brindó liderazgo y visión para ayudar a lograr compromiso y consenso. Este nivel de compromiso ha contribuido al equilibrio y la objetividad que consideramos característicos del DSM-5.

Deseamos reconocer especialmente al destacado personal de la División de Investigación de la APA, identificado en la lista del Grupo de Trabajo y Grupo de Trabajo al principio de este manual, que trabajó incansablemente para interactuar con el grupo de trabajo, los grupos de trabajo, los asesores y los revisores para resolver problemas. servir como enlaces entre los grupos, dirigir y gestionar los ensayos de campo académicos y de práctica clínica de rutina, y registrar las decisiones en este importante proceso. En particular, apreciamos el apoyo y la orientación brindados por James H. Scully Jr., MD, director médico y director ejecutivo de la APA, a lo largo de los años y las dificultades del proceso de desarrollo. Finalmente, agradecemos al personal editorial y de producción de American Psychiatric Publishing, específicamente a Rebecca Rinehart, editora; John McDuffie, director editorial; Ann Eng, editora principal; Greg Kuny, editor jefe; y Tammy Cordova, directora de diseño gráfico, por su orientación para unir todo esto y crear el producto final. Es la culminación de los esfuerzos de muchas personas talentosas que dedicaron su tiempo, experiencia y pasión a lo que hizo posible el DSM-5.

David J. Kupfer, MD
Presidente del grupo de

trabajo DSM-5 Darrel A. Regier, MD, MPH
Vicepresidente del Grupo de Trabajo

DSM-5 19 de diciembre de 2012

Machine Translated by Google

Clasificación DSM-5-TR

Antes del nombre de cada trastorno, se proporcionan los códigos ICD-10-CM. Las líneas en blanco indican que el código ICD-10-CM depende del subtipo, especificador o clase de sustancia aplicable. Para periódico Codificación DSM-5-TR y otras actualizaciones, consulte www.dsm5.org.

A continuación de los títulos de los capítulos y los nombres de los trastornos, los números de página del texto correspondiente o Los criterios se incluyen entre paréntesis.

Nota para todos los trastornos mentales debidos a otra condición médica: Inserte el nombre del condición médica etiológica dentro del nombre del trastorno mental debido a [la condición médica] condición]. El código y el nombre de la afección médica etiológica deben aparecer primero. inmediatamente antes del trastorno mental debido a la condición médica.

Trastornos del neurodesarrollo (35)

Trastornos del desarrollo intelectual (37)

___.__	Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) (37)
	Especifique la gravedad actual:
F70	Leve
F71	Moderado
F72	Severo
F73	Profundo
F88	Retraso en el desarrollo global (46)
F79	Trastorno del desarrollo intelectual no especificado (discapacidad intelectual) (46)

Trastornos de la comunicación (46)

F80.2	Trastorno del lenguaje (47)
F80.0	Trastorno de los sonidos del habla (50)
F80.81	Trastorno de fluidez de inicio en la niñez (tartamudez) (51)
	Nota: Los casos de aparición tardía se diagnostican como trastorno de fluidez de aparición en la edad adulta F98.5.
F80.82	Trastorno de la comunicación social (pragmática) (54)
F80.9	Trastorno de la comunicación no especificado (56)

Trastorno del espectro autista (56)

Machine Translated by Google

F84.0 Trastorno del espectro autista (56)

Especifique la gravedad actual: Requiere apoyo sustancial, Requiere apoyo sustancial, Requiere apoyo sustancial apoyo

Especifique si: Con o sin discapacidad intelectual acompañante, Con o sin acompañante trastorno del lenguaje

Especifique si: Asociado con una condición genética u otra condición médica conocida o un factor ambiental (Nota de codificación: use código adicional para identificar la condición genética u otra condición médica asociada); Asociado con un problema de neurodesarrollo, mental o de conducta.

Especificar si: Con catatonia (use el código adicional F06.1)

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (68)

___.__ Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (68)

Especificar si: En remisión parcial

Especifique la gravedad actual: leve, moderada, grave

Especifique si:

F90.2 Presentación combinada

F90.0 Presentación predominantemente distraída.

F90.1 Presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva.

F90.8 Otro trastorno específico por déficit de atención con hiperactividad (76)

F90.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (76)

Trastorno específico del aprendizaje (76)

___.__ Trastorno específico del aprendizaje (76)

Especifique la gravedad actual: leve, moderada, grave

Especifique si:

F81.0 Con discapacidad en la lectura (especifique si tiene precisión en la lectura de palabras, velocidad o fluidez lectora, comprensión lectora)

F81.81 Con deterioro en la expresión escrita (especificar si con precisión ortográfica, exactitud gramatical y de puntuación, claridad u organización de la escritura expresión)

F81.2 Con deterioro en matemáticas (especifique si tiene sentido numérico, memorización de operaciones aritméticas, cálculo preciso o fluido, razonamiento matemático preciso)

Trastornos motores (85)

F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación (85)

F98.4 Trastorno del movimiento estereotipado (89)

Especificar si: Con conducta autolesiva, Sin conducta autolesiva

Especifique si: Asociado con una condición genética u otra condición médica conocida, trastorno del desarrollo neurológico, o factor ambiental

Especifique la gravedad actual: leve, moderada, grave

Trastornos de tics

F95.2 Trastorno de Tourette (93)

F95.1 Trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos) (93)

Especificar si: Sólo con tics motores, Sólo con tics vocales

Machine Translated by Google

F95.0 Trastorno de tics provisional (93)

F95.8 Otro trastorno de tics específico (98)

F95.9 Trastorno de tics no especificado (98)

Otros trastornos del neurodesarrollo (99)

F88 Otro trastorno específico del neurodesarrollo (99)

F89 Trastorno del neurodesarrollo no especificado (99)

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (101)

Los siguientes especificadores se aplican al espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos cuando estén indicados: aEspecifique

si: Los siguientes especificadores de curso solo deben usarse después de 1 año de duración del trastorno: Primer episodio, actualmente en episodio agudo; Primer episodio, actualmente en remisión parcial; Primer episodio, actualmente en plena remisión; Múltiples episodios, actualmente en episodio agudo; Múltiples episodios, actualmente en remisión parcial; Múltiples episodios, actualmente en remisión total; Continuo; No especificado bEspecifique si: Con catatonia (use el código adicional F06.1)

cEspecifique la gravedad actual de los delirios, alucinaciones, habla

desorganizada, comportamiento psicomotor anormal, síntomas negativos,
síntomas de deterioro cognitivo, depresión y manía

F21 Trastorno esquizotípico (de la personalidad) (104)

F22 Trastorno delirante a,c (104)

Especifique si: tipo erotomaníaco, tipo grandioso, tipo celoso, tipo persecutorio, tipo somático,
Tipo mixto, tipo no especificado

Especificar si: Con contenido extraño

F23 Trastorno psicótico breve b,c (108)

Especificar si: Con factor(es) estresante(s) marcado(s), Sin factor(es) estresante(s) marcado(s), Con inicio periparto

F20.81 Trastorno esquizofreniforme b,c (111)

Especificar si: Con buenas características de pronóstico, Sin buenas características de pronóstico

F20.9 Esquizofrenia [a B C] (113)

___.__ Trastorno esquizoafectivo a,b,c (121)

Especifique si:

F25.0 tipo bipolar

F25.1 tipo depresivo

___.__ Trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos Nota: [C] (126)

Para conocer los códigos ICD-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en Trastornos relacionados con sustancias y
adictivos para el trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos específicos. Consulte también los criterios establecidos
y los procedimientos de registro correspondientes en el manual para obtener más información.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si existe o no un uso comórbido de sustancias.
trastorno presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se realiza un diagnóstico adicional separado de
trastorno por uso de sustancias.

Especificar si: De inicio durante la intoxicación, De inicio durante la abstinencia, De inicio después de la medicación
usar

Machine Translated by Google

___.__	Trastorno psicótico debido a otra afección médica [c] (131)	
	Especifique si:	
F06.2	Con delirios	
F06.0	Con alucinaciones	
F06.1	Catatonia asociada con otro trastorno mental (especificador de catatonia) (135)	
F06.1	Trastorno catatónico debido a otra afección médica (136)	
F06.1	Catatonia no especificada (137)	
	Nota: Codifique primero R29.818 otros síntomas que afecten a los sistemas nervioso y musculoesquelético.	
F28	Otro espectro de esquizofrenia especificado y otros trastornos psicóticos (138)	
F29	Espectro de esquizofrenia no especificado y otros trastornos psicóticos (138)	

Trastornos bipolares y relacionados (139)

Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos bipolares y relacionados cuando estén indicados:

aEspecifique: Con angustia ansiosa (especifique la gravedad actual: leve, moderada, moderada-grave, grave); Con rasgos mixtos; Con ciclos rápidos; Con rasgos melancólicos; Con rasgos atípicos; Con rasgos psicóticos congruentes con el estado de ánimo; Con rasgos psicóticos incongruentes con el estado de ánimo; Con catatonia (use el código adicional F06.1); Con inicio periparto; Con patrón estacional

bEspecifique: Con angustia ansiosa (especifique la gravedad actual: leve, moderada, moderada-grave, grave); Con rasgos mixtos; Con ciclos rápidos; Con inicio periparto; Con patrón estacional

___.__	Trastorno bipolar I [a] (139)	
____.__	Episodio maníaco actual o más reciente.	
F31.11	Leve	
F31.12	Moderado	
F31.13	Severo	
F31.2	Con rasgos psicóticos	
F31.73	En remisión parcial	
F31.74	En completa remisión	
F31.9	No especificado	
F31.0	Episodio hipomaníaco actual o más reciente.	
F31.71	En remisión parcial	
F31.72	En completa remisión	
F31.9	No especificado	
____.__	Episodio deprimido actual o más reciente	
F31.31	Leve	
F31.32	Moderado	
F31.4	Severo	

Machine Translated by Google

F31.5 Con rasgos psicóticos

F31.75 En remisión parcial

F31.76 En completa remisión

F31.9 No especificado

F31.9 Episodio actual o más reciente no especificado

F31.81 Trastorno bipolar II (150)

Especifique el episodio actual o más reciente: hipomaníaco [b], Deprimido [a]

Especifique el curso si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio del estado de ánimo: en remisión parcial, en su totalidad remisión

Especifique la gravedad si actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor: leve, moderado, Severo

F34.0 Trastorno ciclotímico (159)

Especifique si: Tiene angustia ansiosa (especifique la gravedad actual: leve, moderada, moderada-severa, grave)

___.__ Trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicamentos (162)

Nota: Para conocer los códigos ICD-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en Relacionadas con sustancias y Trastornos adictivos para el trastorno bipolar y relacionado inducidos por sustancias o medicamentos específicos. Ver también los criterios establecidos y procedimientos de registro correspondientes en el manual para más información.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si existe o no un uso comórbido de sustancias. trastorno presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, un diagnóstico adicional por separado de un No se da el trastorno por uso de sustancias.

Especificar si: De inicio durante la intoxicación, De inicio durante la abstinencia, De inicio después de la medicación usar

___.__ Trastorno bipolar y relacionados debido a otra afección médica (166)

Especifique si:

F06.33 Con rasgos maníacos

F06.33 Con episodio maníaco o hipomaníaco

F06.34 Con características mixtas

F31.89 Otros trastornos bipolares y relacionados especificados (168)

F31.9 Trastorno bipolar y relacionados no especificados (169)

F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado (169)

Trastornos depresivos (177)

F34.81 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (178)

____.__ Trastorno depresivo mayor (183)

Especifique: Con angustia ansiosa (especifique la gravedad actual: leve, moderada, moderada-grave, grave); Con rasgos mixtos; Con rasgos melancólicos; Con rasgos atípicos; Con congruencia con el estado de ánimo características psicóticas; Con rasgos psicóticos incongruentes con el estado de ánimo; Con catatonia (use código adicional F06.1); Con inicio periparto; Con patrón estacional

____.__ episodio único

Machine Translated by Google

F32.0 Leve

F32.1 Moderado

F32.2 Severo

F32.3 Con rasgos psicóticos

F32.4 En remisión parcial

F32.5 En completa remisión

F32.9 No especificado

___.__ episodio recurrente

F33.0 Leve

F33.1 Moderado

F33.2 Severo

F33.3 Con rasgos psicóticos

F33.41 En remisión parcial

F33.42 En completa remisión

F33.9 No especificado

F34.1 Trastorno depresivo persistente (193)

Especifique: Con angustia ansiosa (especifique la gravedad actual: leve, moderada, moderada-grave, grave); Con rasgos atípicos

Especifique si: En remisión parcial, En remisión total

Especificar si: Inicio temprano, Inicio tardío

Especificar si: Con síndrome distímico puro; Con episodio depresivo mayor persistente; Con intermitente episodios depresivos mayores, con episodio actual; Con episodios depresivos mayores intermitentes, sin episodio actual

Especifique la gravedad actual: leve, moderada, grave

F32.81 Trastorno disfórico premenstrual (197)

__.__ Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos (201)

Nota: Para conocer los códigos ICD-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en Relacionadas con sustancias y Trastornos adictivos para el trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos específicos. Ver también el conjunto de criterios y procedimientos de registro correspondientes en el manual para obtener más información.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si existe o no un uso comórbido de sustancias. trastorno presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, un diagnóstico adicional por separado de un No se da el trastorno por uso de sustancias.

Especificar si: De inicio durante la intoxicación, De inicio durante la abstinencia, De inicio después de la medicación usar

__.__ Trastorno depresivo debido a otra afección médica (206)

Especifique si:

F06.31 Con rasgos depresivos

F06.32 Con episodio de tipo depresivo mayor

F06.34 Con características mixtas

Machine Translated by Google

F32.89 Otro trastorno depresivo especificado (209)

F32.A Trastorno depresivo no especificado (210)

F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado (210)

Trastornos de ansiedad (215)

F93.0 Trastorno de ansiedad por separación (217)

F94.0 Mutismo selectivo (222)

___.__ Fobia específica (224)

Especifique si:

F40.218 Animal

F40.228 Entorno natural

___.__ Lesión por inyección de sangre

F40.230 miedo a la sangre

F40.231 Miedo a las inyecciones y transfusiones.

F40.232 Miedo a otra atención médica.

F40.233 Miedo a lastimarse

F40.248 situacional

F40.298 Otro

F40.10 Trastorno de ansiedad social (229)

Especifique si: Solo rendimiento

F41.0 Trastorno de pánico (235)

___.__ Especificador de ataque de pánico (242)

40,00 francos Agorafobia (246)

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (250)

__.__ Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos (255)

Nota: Para conocer los códigos ICD-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en Relacionadas con sustancias y Trastornos adictivos para el trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos específicos. Ver también el conjunto de criterios y procedimientos de registro correspondientes en el manual para obtener más información.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si existe o no un uso comórbido de sustancias. trastorno presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, un diagnóstico adicional por separado de un No se da el trastorno por uso de sustancias.

Especificar si: De inicio durante la intoxicación, De inicio durante la abstinencia, De inicio después de la medicación usar

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica (258)

F41.8 Otro trastorno de ansiedad específico (261)

Machine Translated by Google

F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado (261)

Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados (263)

El siguiente especificador se aplica a los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados cuando esté indicado:

aEspecifique si: Con percepción buena o regular, Con percepción deficiente, Con percepción ausente/creencias delirantes

F42.2 Trastorno obsesivo compulsivo [a] (265)

Especifique si: relacionado con tics

F45.22 Desórden dismórfico del cuerpo [a] (271)

Especificar si: Con dismorfia muscular

F42.3 Trastorno de acaparamiento[a] (277)

Especificar si: Con adquisición excesiva

F63.3 Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) (281)

F42.4 Trastorno de excoriación (hurgarse la piel) (284)

___.__ Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicamentos (287)

Nota: Para conocer los códigos ICD-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en Relacionadas con sustancias y Trastornos adictivos por sustancia/medicación específica inducidos por obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado. Consulte también los criterios establecidos y los procedimientos de registro correspondientes en el manual de más información.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si existe o no un uso comórbido de sustancias. trastorno presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, un diagnóstico adicional por separado de un No se da el trastorno por uso de sustancias.

Especificar si: De inicio durante la intoxicación, De inicio durante la abstinencia, De inicio después de la medicación usar

F06.8 Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados debido a otra afección médica (291)

Especifique si: Con síntomas similares al trastorno obsesivo-compulsivo, Con preocupaciones por la apariencia, Con Síntomas de acaparamiento, Con síntomas de arrancarse el pelo, Con síntomas de rascarse la piel.

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos específicos y relacionados (293)

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados no especificados (294)

Trastornos relacionados con traumas y factores estresantes (295)

F94.1 Trastorno reactivo del apego (295)

Especifique si: Persistente

Especifique la gravedad actual: Grave

F94.2 Trastorno de participación social desinhibida (298)

Especifique si: Persistente

Especifique la gravedad actual: Grave

F43.10 Trastorno de estrés postraumático (301)

Especificar si: Con síntomas disociativos

Especificar si: Con expresión retardada

Machine Translated by Google

___.__ Trastorno de estrés postraumático en personas mayores de 6 años (301)

___.__ Trastorno de estrés postraumático en niños de 6 años y menos (303)

F43.0 Trastorno de estrés agudo (313)

___.__ Trastornos de adaptación (319)

Especificar si: Agudo, Persistente (crónico)

Especifique si:

F43.21 Con estado de ánimo deprimido

F43.22 Con ansiedad

F43.23 Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido.

F43.24 Con alteración de conducta.

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y la conducta.

F43.20 No especificado

F43.8 Trastorno de duelo prolongado (322)

F43.8 Otros trastornos específicos relacionados con traumas y factores estresantes (327)

F43.9 Trastorno no especificado relacionado con traumas y factores estresantes (328)

Trastornos disociativos (329)

F44.81 Trastorno de identidad disociativo (330)

F44.0 Amnesia disociativa (337)

Especifique si:

F44.1 Con fuga disociativa

F48.1 Trastorno de despersonalización/desrealización (343)

F44.89 Otro trastorno disociativo especificado (347)

F44.9 Trastorno disociativo no especificado (348)

Síntoma somático y trastornos relacionados (349)

F45.1 Trastorno de síntomas somáticos (351)

Especificar si: Con dolor predominante

Especifique si: Persistente

Especifique la gravedad actual: leve, moderada, grave

F45.21 Trastorno de ansiedad por enfermedad (357)

Especifique si: tipo que busca atención, tipo que evita la atención

Machine Translated by Google

___.__	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión) (360)
	Especificar si: Episodio agudo, Persistente
	Especificar si: Con estresor psicológico (especificar estresor), Sin estresor psicológico
	Especifique el tipo de síntoma:
F44.4	Con debilidad o parálisis
F44.4	Con movimiento anormal
F44.4	Con síntomas de deglución.
F44.4	Con síntoma del habla
F44.5	Con ataques o convulsiones
F44.6	Con anestesia o pérdida sensorial.
F44.6	Con síntoma sensorial especial.
F44.7	Con síntomas mixtos
F54	Factores psicológicos que afectan otras afecciones médicas (364)
	Especifique la gravedad actual: leve, moderada, grave, extrema
___.__	Trastorno facticio (367)
	Especificar: episodio único, episodios recurrentes
F68.10	Trastorno facticio impuesto a uno mismo
F68.A	Trastorno facticio impuesto a otro
F45.8	Otros síntomas somáticos especificados y trastornos relacionados (370)
F45.9	Síntoma somático no especificado y trastorno relacionado (370)

Trastornos de la alimentación y de la alimentación (371)

Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos de la alimentación y de la alimentación cuando así se indique:

aEspecifique si: En remisión

bEspecifique si: En remisión parcial, En remisión total

cEspecifique la gravedad actual: leve, moderada, grave, extrema

___.__	Pica [a] (371)
F98.3	En ninos
F50.89	En adultos

F98.21	Trastorno de rumiación [a] (374)
F50.82	Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos[a] (376)
___.__	Anorexia nerviosa b,c (381)
	Especifique si:
F50.01	tipo restrictivo

Machine Translated by Google

F50.02 Tipo atracones/purgas

F50.2 Bulimia nerviosa b,c (387)

F50.81 Trastorno por atracón b,c (392)

F50.89 Otro trastorno alimentario o alimentario especificado (396)

F50.9 Trastorno de alimentación o alimentación no especificado (397)

Trastornos de eliminación (399)

F98.0 Enuresis (399)

Especifique si: Sólo nocturno, Sólo diurno, Nocturno y diurno

F98.1 Encopresis (402)

Especificar si: Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento, Sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento incontinencia

___.__ Otro trastorno de eliminación especificado (405)

N39.498 Con síntomas urinarios

R15.9 Con síntomas fecales

___.__ Trastorno de eliminación no especificado (405)

R32 Con síntomas urinarios

R15.9 Con síntomas fecales

Trastornos del sueño y la vigilia (407)

Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos del sueño y la vigilia cuando estén indicados:

aEspecifique si: Episódico, Persistente, Recurrente

bEspecifique si: Aguda, Subaguda, Persistente

cEspecifique la gravedad actual: leve, moderada, grave

F51.01 Trastorno de insomnio[a] (409)

Especificar si: Con trastorno mental, Con condición médica, Con otro trastorno del sueño

F51.11 Trastorno de hipersomnolencia b,c (417)

Especificar si: Con trastorno mental, Con condición médica, Con otro trastorno del sueño

___.__ Narcolepsia [c] (422)

Especifique si:

G47.411 Narcolepsia con cataplexia o deficiencia de hipocretina (tipo 1)

G47.419 Narcolepsia sin cataplexia y sin deficiencia de hipocretina o hipocretina no medida (tipo 2)

G47.421 Narcolepsia con cataplexia o deficiencia de hipocretina debido a una causa médica.

Machine Translated by Google

condición

G47.429 Narcolepsia sin cataplexia y sin deficiencia de hipocretina debido a una condición médica

Trastornos del sueño relacionados con la respiración (429)

G47.33 Apnea obstructiva del sueño Hipopnea [c] (429)

___.__ Apnea central del sueño (435)

Especificar la gravedad actual

Especifique si:

G47.31 Apnea central del sueño idiopática

R06.3 La respiración de Cheyne-Stokes

G47.37 Apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides

Nota: Primer código de trastorno por consumo de opioides, si está presente.

___.__ Hipoventilación relacionada con el sueño (439)

Especificar la gravedad actual

Especifique si:

G47.34 Hipoventilación idiopática

G47.35 Hipoventilación alveolar central congénita

G47.36 Hipoventilación comórbida relacionada con el sueño

___.__ Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia [a] (443)

Especifique si:

G47.21 Tipo de fase de sueño retrasada (444)

Especificar si: familiar, superpuesto con el tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas

G47.22 Tipo de fase de sueño avanzada (446)

Especifique si: Familiar

G47.23 Tipo de sueño-vigilia irregular (447)

G47.24 Tipo sueño-vigilia no de 24 horas (448)

G47.26 Tipo de trabajo por turnos (450)

G47.20 tipo no especificado

Parasomnias (451)

__.__ Trastornos del despertar del sueño por movimientos oculares no rápidos (452)

Especifique si:

F51.3 tipo de sonambulismo

Especifique si: Con alimentación relacionada con el sueño, Con actividades sexuales relacionadas con el sueño comportamiento (sexsomnia)

F51.4 Tipo terror nocturno

Machine Translated by Google

F51.5 Trastorno de pesadilla b,c (457)

Especificar si: Durante el inicio del sueño

Especificar si: Con trastorno mental, Con condición médica, Con otro trastorno del sueño

G47.52 Trastorno de la conducta del sueño con movimientos oculares rápidos (461)

G25.81 Síndrome de piernas inquietas (464)

___.__ Trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos (468)

Nota: Para conocer los códigos ICD-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en Trastornos adictivos y relacionados con sustancias para el trastorno del sueño inducido por sustancia o medicamento específico. Consulte también los criterios establecidos y los procedimientos de registro correspondientes en el manual para obtener más información.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si existe o no un uso comórbido de sustancias. trastorno presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se realiza un diagnóstico adicional separado de trastorno por uso de sustancias.

Especificar si: Tipo insomnio, Tipo somnolencia diurna, Tipo Parasomnia, Tipo mixto Especificar si: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después de la medicación usar

G47.09 Otro trastorno de insomnio especificado (475)

G47.00 Trastorno de insomnio no especificado (475)

G47.19 Otro trastorno de hipersomnolencia especificado (475)

G47.10 Trastorno de hipersomnolencia no especificado (476)

G47.8 Otro trastorno del sueño-vigilia especificado (476)

G47.9 Trastorno del sueño-vigilia no especificado (476)

Disfunciones sexuales (477)

Los siguientes especificadores se aplican a las disfunciones sexuales cuando estén indicadas:

aEspecifique si: de por vida, adquirida bEspecifique

si: generalizada, situacional cEspecifique la gravedad actual:

leve, moderada, grave F52.32

Eyaculación retardada (478) a B C

F52.21 Trastorno eréctil a,b,c (481)

F52.31 Trastorno orgásmico femenino a,b,c (485)

Especifique si: Nunca experimentó un orgasmo en ninguna situación.

F52.22 Trastorno de interés/excitación sexual femenina a,b,c (489)

F52.6 Dolor genitopélvico/trastorno de penetración a,c (493)

F52.0 Trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino a,b,c (498)

F52.4 Eyaculación precoz (temprana) (501) a B C

___.__ Disfunción sexual inducida por sustancias o medicamentos C (504)

Machine Translated by Google

Nota: Para conocer los códigos ICD-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en Relacionadas con sustancias y Trastornos adictivos para la disfunción sexual inducida por una sustancia o medicamento específico. Ver también el conjunto de criterios y procedimientos de registro correspondientes en el manual para obtener más información.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si existe o no un uso comórbido de sustancias. trastorno presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, un diagnóstico adicional por separado de un No se da el trastorno por uso de sustancias.

Especificar si: De inicio durante la intoxicación, De inicio durante la abstinencia, De inicio después de la medicación usar

F52.8 Otra disfunción sexual especificada (509)

F52.9 Disfunción sexual no especificada (509)

Disforia de género (511)

El siguiente especificador y nota se aplican a la disforia de género donde se indique:

aEspecifique si: Con un trastorno/diferencia de desarrollo sexual

bNota: Codifique el trastorno/diferencia del desarrollo sexual, si está presente, además de la disforia de género.

__.__ Disforia de género (512)

F64.2 Disforia de género en niños a,b

F64.0 Disforia de género en adolescentes y adultos a,b

Especifique si: Posttransición

F64.8 Otra disforia de género especificada (520)

F64.9 Disforia de género no especificada (520)

Trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta (521)

F91.3 Trastorno de oposición desafiante (522)

Especifique la gravedad actual: leve, moderada, grave

F63.81 Trastorno explosivo intermitente (527)

__.__ Trastorno de conducta (530)

Especificar si: Con emociones prosociales limitadas

Especifique la gravedad actual: leve, moderada, grave

Especifique si:

F91.1 Tipo de inicio en la infancia

F91.2 Tipo de inicio en la adolescencia

F91.9 Inicio no especificado

F60.2 Trastorno de personalidad antisocial (537)

F63.1 Piromanía (537)

F63.2 Cleptomanía (539)

Machine Translated by Google

F91.8 Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado (541)

F91.9 Trastorno disruptivo, de control de impulsos y de conducta no especificado (541)

Trastornos adictivos y relacionados con sustancias (543)

Trastornos relacionados con sustancias (544)

Trastornos relacionados con el alcohol (553)

___.__ Trastorno por consumo de alcohol (553)

Especifique si: En un ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

F10.10 Leve

F10.11 En remisión temprana

F10.11 En remisión sostenida

SG

F10.20 Moderado

F10.21 En remisión temprana

F10.21 En remisión sostenida

F10.20 Severo

F10.21 En remisión temprana

F10.21 En remisión sostenida

___.__ Intoxicación por alcohol (561)

F10.120 Con trastorno por consumo leve

F10.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.920 Sin trastorno por consumo

___.__ Abstinencia de alcohol (564)

Sin alteraciones de la percepción

F10.130 Con trastorno por consumo leve

F10.230 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.930 Sin trastorno por consumo

Con alteraciones de la percepción.

F10.132 Con trastorno por consumo leve

F10.232 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.932 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastornos mentales inducidos por el alcohol (567)

Nota: Los trastornos se enumeran en orden de aparición en el manual.

Machine Translated by Google

aEspecifique Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia

bEspecifique si: Aguda, Persistente

cEspecifique si: Hiperactivo, Hipoactivo, Nivel mixto de actividad

___.__ Trastorno psicótico inducido por alcohol a (126)

F10.159 Con trastorno por consumo leve

F10.259 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.959 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por el alcohol a (162)

F10.14 Con trastorno por consumo leve

F10.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.94 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno depresivo inducido por alcohola (201)

F10.14 Con trastorno por consumo leve

F10.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.94 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol (255)

F10.180 Con trastorno por consumo leve

F10.280 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.980 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno del sueño inducido por el alcohol (468)

Especifique si el tipo de insomnio

F10.182 Con trastorno por consumo leve

F10.282 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.982 Sin trastorno por consumo

___.__ Disfunción sexual inducida por el alcohol a (504)

Especifique si: Leve, Moderado, Severo

F10.181 Con trastorno por consumo leve

F10.281 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.981 Sin trastorno por consumo

___.__ Delirio por intoxicación por alcoholc (672)

F10.121 Con trastorno por consumo leve

F10.221 Con trastorno por consumo moderado o grave

Machine Translated by Google

F10.921 Sin trastorno por consumo

___.__ Delirio por abstinencia de alcoholb,c (673)

F10.131 Con trastorno por consumo leve

F10.231 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.931 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno neurocognitivo mayor inducido por el alcohol (712)

Especifique si: Persistente

___.__ Tipo amnésico-confabulador

F10.26 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.96 Sin trastorno por consumo

___.__ Tipo no amnésico-confabulador

F10.27 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.97 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno neurocognitivo leve inducido por alcohol (712)

Especifique si: Persistente

F10.188 Con trastorno por consumo leve

F10.288 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.988 Sin trastorno por consumo

F10.99 Trastorno no especificado relacionado con el alcohol (568)

Trastornos relacionados con la cafeína (569)

F15.920 Intoxicación por cafeína (569)

F15.93 Abstinencia de cafeína (571)

___.__ Trastornos mentales inducidos por la cafeína (574)

Nota: Los trastornos se enumeran en orden de aparición en el manual.

Especificar Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después del uso de medicamentos.

Nota: Cuando se toman sin receta, las sustancias de esta clase también pueden inducir el trastorno mental inducido por la sustancia correspondiente.

F15.980 Trastorno de ansiedad inducido por cafeína (255)

F15.982 Trastorno del sueño inducido por cafeína (468)

Especifique si es tipo Insomnio, tipo Somnolencia diurna, tipo Mixto

F15.99 Trastorno no especificado relacionado con la cafeína (574)

Trastornos relacionados con el cannabis (575)

___.__ Trastorno por consumo de cannabis (575)

Especifique si: En un ambiente controlado

Machine Translated by Google

Especificar la gravedad/remisión actual:

F12.10 Leve

F12.11 En remisión temprana

F12.11 En remisión sostenida

F12.20 Moderado

F12.21 En remisión temprana

F12.21 En remisión sostenida

F12.20 Severo

F12.21 En remisión temprana

F12.21 En remisión sostenida

___.__ Intoxicación por cannabis (582)

Sin alteraciones de la percepción

F12.120 Con trastorno por consumo leve

F12.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

F12.920 Sin trastorno por consumo

Con alteraciones de la percepción.

F12.122 Con trastorno por consumo leve

F12.222 Con trastorno por consumo moderado o grave

F12.922 Sin trastorno por consumo

___.__ Abstinencia de cannabis (584)

F12.13 Con trastorno por consumo leve

F12.23 Con trastorno por consumo moderado o grave

F12.93 Sin trastorno por consumo

____.__ Trastornos mentales inducidos por el cannabis (586)

Nota: Los trastornos se enumeran en orden de aparición en el manual.

aEspecificar Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después de la medicación usar. Nota: Cuando se prescriben como medicamentos, las sustancias de esta clase también pueden inducir los efectos pertinentes. Trastorno mental inducido por sustancias.

bEspecificar si: Aguda, Persistente

cEspecificar si: Hiperactivo, Hipoactivo, Nivel mixto de actividad

____.__ Trastorno psicótico inducido por cannabis a (126)

F12.159 Con trastorno por consumo leve

F12.259 Con trastorno por consumo moderado o grave

F12.959 Sin trastorno por consumo

____.__ Trastorno de ansiedad inducido por cannabis (255)

F12.180 Con trastorno por consumo leve

Machine Translated by Google

F12.280 Con trastorno por consumo moderado o grave

F12.980 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno del sueño inducido por cannabis (468)

Especifique si es tipo Insomnio, tipo Somnolencia diurna, tipo Mixto

F12.188 Con trastorno por consumo leve

F12.288 Con trastorno por consumo moderado o grave

F12.988 Sin trastorno por consumo

___.__ Delirio por intoxicación por cannabisc (672)

F12.121 Con trastorno por consumo leve

F12.221 Con trastorno por consumo moderado o grave

F12.921 Sin trastorno por consumo

F12.921 Delirio inducido por agonistas del receptor de cannabis farmacéuticob,c (674)

Nota: Cuando se toman medicamentos agonistas del receptor de cannabis farmacéutico según lo prescrito. La designación “tomado según lo prescrito” se utiliza para diferenciar el delirio inducido por medicamentos de la intoxicación por sustancias delirio.

F12.99 Trastorno no especificado relacionado con el cannabis (586)

Trastornos relacionados con alucinógenos (587)

__.__ Trastorno por consumo de fenciclidina (587)

Especifique si: En un ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

F16.10 Leve

F16.11 En remisión temprana

F16.11 En remisión sostenida

F16.20 Moderado

F16.21 En remisión temprana

F16.21 En remisión sostenida

F16.20 Severo

F16.21 En remisión temprana

F16.21 En remisión sostenida

__.__ Trastorno por consumo de otros alucinógenos (590)

Especificar el alucinógeno particular

Especifique si: En un ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

Machine Translated by Google

F16.10 Leve

F16.11 En remisión temprana

F16.11 En remisión sostenida

F16.20 Moderado

F16.21 En remisión temprana

F16.21 En remisión sostenida

F16.20 Severo

F16.21 En remisión temprana

F16.21 En remisión sostenida

___.__ Intoxicación por fenciclidina (594)

F16.120 Con trastorno por consumo leve

F16.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

F16.920 Sin trastorno por consumo

___.__ Otra intoxicación por alucinógenos (596)

F16.120 Con trastorno por consumo leve

F16.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

F16.920 Sin trastorno por consumo

F16.983 Trastorno de la percepción persistente por alucinógenos (598)

___.__ Trastornos mentales inducidos por fenciclidina (600)

Nota: Los trastornos se enumeran en orden de aparición en el manual.

aEspecifique Con inicio durante la intoxicación, Con inicio después del uso de medicamentos. Nota: Cuando se prescribe como medicamentos, las sustancias de esta clase también pueden inducir el trastorno mental inducido por la sustancia en cuestión.

____.__ Trastorno psicótico inducido por fenciclidina a (126)

F16.159 Con trastorno por consumo leve

F16.259 Con trastorno por consumo moderado o grave

F16.959 Sin trastorno por consumo

____.__ Trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por fenciclidina a (162)

F16.14 Con trastorno por consumo leve

F16.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F16.94 Sin trastorno por consumo

____.__ Trastorno depresivo inducido por fenciclidina a (201)

F16.14 Con trastorno por consumo leve

F16.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

Machine Translated by Google

F16.94 Sin trastorno por consumo

Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina a (255)

___.__

F16.180 Con trastorno por consumo leve

F16.280 Con trastorno por consumo moderado o grave

F16.980 Sin trastorno por consumo

___.__ Delirio por intoxicación por fenciclidina (672)

Especifique si: Agudo, Persistente

Especifique si: Hiperactivo, Hipoactivo, Nivel mixto de actividad

F16.121 Con trastorno por consumo leve

F16.221 Con trastorno por consumo moderado o grave

F16.921 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastornos mentales inducidos por alucinógenos (600)

Nota: Los trastornos se enumeran en orden de aparición en el manual.

aEspecifique Con inicio durante la intoxicación, Con inicio después del uso de medicamentos. Nota: Cuando se prescribe como medicamentos, las sustancias de esta clase también pueden inducir el trastorno mental inducido por la sustancia en cuestión.

bEspecifique si: Aguda, Persistente

cEspecifique si: Hiperactivo, Hipoactivo, Nivel mixto de actividad

___.__ Otros trastornos psicóticos inducidos por alucinógenos (126)

F16.159 Con trastorno por consumo leve

F16.259 Con trastorno por consumo moderado o grave

F16.959 Sin trastorno por consumo

___.__ Otros trastornos bipolares y relacionados inducidos por alucinógenos a (162)

F16.14 Con trastorno por consumo leve

F16.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F16.94 Sin trastorno por consumo

___.__ Otro trastorno depresivo inducido por alucinógenosa (201)

F16.14 Con trastorno por consumo leve

F16.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F16.94 Sin trastorno por consumo

___.__ Otro trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos (255)

F16.180 Con trastorno por consumo leve

F16.280 Con trastorno por consumo moderado o grave

Machine Translated by Google

F16.980 Sin trastorno por consumo

___.__ Delirio por intoxicación por otros alucinógenosc (672)

F16.121 Con trastorno por consumo leve

F16.221 Con trastorno por consumo moderado o grave

F16.921 Sin trastorno por consumo

F16.921 Delirio inducido por ketamina u otros alucinógenosb,c (674)

Nota: Cuando se toman ketamina u otros medicamentos alucinógenos como prescrito. La designación “tomado según lo prescrito” se utiliza para diferenciar el delirio inducido por medicamentos de la intoxicación por sustancias delirio.

F16.99 Trastorno no especificado relacionado con la fenciclidina (600)

F16.99 Trastorno relacionado con alucinógenos no especificado (601)

Trastornos relacionados con inhalantes (601)

___.__ Trastorno por consumo de inhalantes (601)

Especifique el inhalante en particular.

Especifique si: En un ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

F18.10 Leve

F18.11 En remisión temprana

F18.11 En remisión sostenida

F18.20 Moderado

F18.21 En remisión temprana

F18.21 En remisión sostenida

F18.20 Severo

F18.21 En remisión temprana

F18.21 En remisión sostenida

___.__ Intoxicación por inhalantes (605)

F18.120 Con trastorno por consumo leve

F18.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

F18.920 Sin trastorno por consumo

____.__ Trastornos mentales inducidos por inhalantes (607)

Nota: Los trastornos se enumeran en orden de aparición en el manual.

aEspecificar Con inicio durante la intoxicación

____.__ Trastorno psicótico inducido por inhalantes a (126)

F18.159 Con trastorno por consumo leve

Machine Translated by Google

F18.259 Con trastorno por consumo moderado o grave

F18.959 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno depresivo inducido por inhalantes a (201)

F18.14 Con trastorno por consumo leve

F18.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F18.94 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes a (255)

F18.180 Con trastorno por consumo leve

F18.280 Con trastorno por consumo moderado o grave

F18.980 Sin trastorno por consumo

___.__ Delirio por intoxicación por inhalantes (672)

Especifique si: Agudo, Persistente

Especifique si: Hiperactivo, Hipoactivo, Nivel mixto de actividad

F18.121 Con trastorno por consumo leve

F18.221 Con trastorno por consumo moderado o grave

F18.921 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes (712)

Especifique si: Persistente

F18.17 Con trastorno por consumo leve

F18.27 Con trastorno por consumo moderado o grave

F18.97 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno neurocognitivo leve inducido por inhalantes (712)

Especifique si: Persistente

F18.188 Con trastorno por consumo leve

F18.288 Con trastorno por consumo moderado o grave

F18.988 Sin trastorno por consumo

F18.99 Trastorno no especificado relacionado con inhalantes (608)

Trastornos relacionados con los opioides (608)

___.__ Trastorno por consumo de opioides (608)

Especificar si: En terapia de mantenimiento, En un ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

F11.10 Leve

F11.11 En remisión temprana

Machine Translated by Google

F11.11 En remisión sostenida

F11.20 Moderado

F11.21 En remisión temprana

F11.21 En remisión sostenida

F11.20 Severo

F11.21 En remisión temprana

F11.21 En remisión sostenida

___.__ Intoxicación por opioides (615)

Sin alteraciones de la percepción

F11.120 Con trastorno por consumo leve

F11.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

F11.920 Sin trastorno por consumo

Con alteraciones de la percepción.

F11.122 Con trastorno por consumo leve

F11.222 Con trastorno por consumo moderado o grave

F11.922 Sin trastorno por consumo

___.__ Abstinencia de opioides (617)

F11.13 Con trastorno por consumo leve

F11.23 Con trastorno por consumo moderado o grave

F11.93 Sin trastorno por consumo

____.__ Trastornos mentales inducidos por opioides (619)

Nota: Los trastornos se enumeran en orden de aparición en el manual.

aEspecifique Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después de la medicación usar. Nota: Cuando se prescriben como medicamentos, las sustancias de esta clase también pueden inducir los efectos pertinentes. Trastorno mental inducido por sustancias.

bEspecifique si: Aguda, Persistente

cEspecifique si: Hiperactivo, Hipoactivo, Nivel mixto de actividad

____.__ Trastorno depresivo inducido por opioides a (201)

F11.14 Con trastorno por consumo leve

F11.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F11.94 Sin trastorno por consumo

____.__ Trastorno de ansiedad inducido por opioides a (255)

F11.180 Con trastorno por consumo leve

F11.280 Con trastorno por consumo moderado o grave

Machine Translated by Google

F11.980 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno del sueño inducido por opioides (468)

Especifique si es tipo Insomnio, tipo Somnolencia diurna, tipo Mixto

F11.182 Con trastorno por consumo leve

F11.282 Con trastorno por consumo moderado o grave

F11.982 Sin trastorno por consumo

___.__ Disfunción sexual inducida por opioides a (504)

Especifique si: Leve, Moderado, Severo

F11.181 Con trastorno por consumo leve

F11.281 Con trastorno por consumo moderado o grave

F11.981 Sin trastorno por consumo

___.__ Delirio por intoxicación por opioidesc (672)

F11.121 Con trastorno por consumo leve

F11.221 Con trastorno por consumo moderado o grave

F11.921 Sin trastorno por consumo

___.__ Delirio por abstinencia de opioidesc (673)

F11.188 Con trastorno por consumo leve

F11.288 Con trastorno por consumo moderado o grave

F11.988 Sin trastorno por consumo

___.__ Delirio inducido por opioidesb,c (674)

Nota: La designación “tomado según lo prescrito” se utiliza para diferenciar Delirio inducido por medicamentos por intoxicación por sustancias, Delirio y Delirio por abstinencia de sustancias.

F11.921 Cuando los medicamentos opioides se toman según lo prescrito (674)

F11.988 Durante la abstinencia de medicamentos opioides tomados según lo prescrito (674)

F11.99 Trastorno no especificado relacionado con opioides (619)

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (620)

___.__ Trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (620)

Especifique si: En un ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

F13.10 Leve

F13.11 En remisión temprana

Machine Translated by Google

F13.11 En remisión sostenida

F13.20 Moderado

F13.21 En remisión temprana

F13.21 En remisión sostenida

F13.20 Severo

F13.21 En remisión temprana

F13.21 En remisión sostenida

___.__ Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (626)

F13.120 Con trastorno por consumo leve

F13.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.920 Sin trastorno por consumo

___.__ Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (628)

Sin alteraciones de la percepción

F13.130 Con trastorno por consumo leve

F13.230 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.930 Sin trastorno por consumo

Con alteraciones de la percepción.

F13.132 Con trastorno por consumo leve

F13.232 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.932 Sin trastorno por consumo

____.__ Trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (631)

Nota: Los trastornos se enumeran en orden de aparición en el manual.

aEspecifique Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después de la medicación usar. Nota: Cuando se prescriben como medicamentos, las sustancias de esta clase también pueden inducir los efectos pertinentes. Trastorno mental inducido por sustancias.

bEspecifique si: Aguda, Persistente

cEspecifique si: Hiperactivo, Hipoactivo, Nivel mixto de actividad

____.__ Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a (126)

F13.159 Con trastorno por consumo leve

F13.259 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.959 Sin trastorno por consumo

____.__ Bipolar inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y relacionados Trastorno un (162)

F13.14 Con trastorno por consumo leve

F13.24

Machine Translated by Google

	Con trastorno por consumo moderado o grave	
F13.94	Sin trastorno por consumo	
___.__	Trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticosa	(201)
F13.14	Con trastorno por consumo leve	
F13.24	Con trastorno por consumo moderado o grave	
F13.94	Sin trastorno por consumo	
___.__	Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a	(255)
F13.180	Con trastorno por consumo leve	
F13.280	Con trastorno por consumo moderado o grave	
F13.980	Sin trastorno por consumo	
___.__	Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticosa	(468)
	Especificar si es tipo Insomnio, tipo Somnolencia diurna, Parasomnia. tipo, tipo mixto	
F13.182	Con trastorno por consumo leve	
F13.282	Con trastorno por consumo moderado o grave	
F13.982	Sin trastorno por consumo	
___.__	Disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a	(504)
	Especifique si: Leve, Moderado, Severo	
F13.181	Con trastorno por consumo leve	
F13.281	Con trastorno por consumo moderado o grave	
F13.981	Sin trastorno por consumo	
___.__	Delirio por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticosc	(672)
F13.121	Con trastorno por consumo leve	
F13.221	Con trastorno por consumo moderado o grave	
F13.921	Sin trastorno por consumo	
___.__	Delirio por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticosb,c	(673)
F13.131	Con trastorno por consumo leve	
F13.231	Con trastorno por consumo moderado o grave	
F13.931	Sin trastorno por consumo	
___.__	Delirio inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticosb,c	(674)
	Nota: La designación “tomado según lo prescrito” se utiliza para diferenciar Delirio inducido por medicamentos por intoxicación por sustancias, Delirio y Delirio por abstinencia de sustancias.	
F13.921	Cuando se toman medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos según lo prescrito	

Machine Translated by Google

(674)

F13.931 Durante la abstinencia de medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos tomado según lo prescrito (674)

___.__ Neurocognitivo mayor inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos Trastorno (712)

Especifique si: Persistente

F13.27 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.97 Sin trastorno por consumo

___.__ Neurocognitivo leve inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos Trastorno (712)

Especifique si: Persistente

F13.188 Con trastorno por consumo leve

F13.288 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.988 Sin trastorno por consumo

F13.99 Trastorno no especificado relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (632)

yo

Trastornos relacionados con estimulantes (632)

___.__ Trastorno por consumo de estimulantes (632)

Especifique si: En un ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

___.__ Leve

F15.10 Sustancia tipo anfetamina

F14.10 Cocaína

F15.10 Otro estimulante o el no especificado

___.__ Leve, en remisión temprana

F15.11 Sustancia tipo anfetamina

F14.11 Cocaína

F15.11 Otro estimulante o el no especificado

___.__ Leve, en remisión sostenida

F15.11 Sustancia tipo anfetamina

F14.11 Cocaína

F15.11 Otro estimulante o el no especificado

___.__ Moderado

F15.20 Sustancia tipo anfetamina

Machine Translated by Google

F14.20 Cocaína

F15.20 Otro estimulante o el no especificado

___.__ Moderado, en remisión temprana

F15.21 Sustancia tipo anfetamina

F14.21 Cocaína

F15.21 Otro estimulante o el no especificado

___.__ Moderado, en remisión sostenida

F15.21 Sustancia tipo anfetamina

F14.21 Cocaína

F15.21 Otro estimulante o el no especificado

___.__ Severo

F15.20 Sustancia tipo anfetamina

F14.20 Cocaína

F15.20 Otro estimulante o el no especificado

___.__ Grave, en remisión temprana

F15.21 Sustancia tipo anfetamina

F14.21 Cocaína

F15.21 Otro estimulante o el no especificado

___.__ Grave, en remisión sostenida

F15.21 Sustancia tipo anfetamina

F14.21 Cocaína

F15.21 Otro estimulante o el no especificado

___.__ Intoxicación por estimulantes (640)

Especifique el intoxicante en particular.

Sin alteraciones de la percepción

___.__ Intoxicación por sustancias tipo anfetamina u otros estimulantes

F15.120 Con trastorno por consumo leve

F15.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.920 Sin trastorno por consumo

___.__ intoxicación por cocaína

F14.120 Con trastorno por consumo leve

F14.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

Machine Translated by Google

F14.920 Sin trastorno por consumo

Con alteraciones de la percepción.

___.__ Intoxicación por sustancias tipo anfetamina u otros estimulantes

F15.122 Con trastorno por consumo leve

F15.222 Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.922 Sin trastorno por consumo

___.__ intoxicación por cocaína

F14.122 Con trastorno por consumo leve

F14.222 Con trastorno por consumo moderado o grave

F14.922 Sin trastorno por consumo

___.__ Abstinencia de estimulantes (643)

Especifique la sustancia particular que causa el síndrome de abstinencia.

___.__ Abstinencia de sustancias tipo anfetamina u otros estimulantes

F15.13 Con trastorno por consumo leve

F15.23 Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.93 Sin trastorno por consumo

___.__ Abstinencia de cocaína

F14.13 Con trastorno por consumo leve

F14.23 Con trastorno por consumo moderado o grave

F14.93 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastornos mentales inducidos por estimulantes (644)

Nota: Los trastornos se enumeran en orden de aparición en el manual.

aEspecifique Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después de la medicación usar. Nota: Cuando se prescriben como medicamentos, las sustancias tipo anfetamina y otros estimulantes pueden también inducir el trastorno mental inducido por sustancias en cuestión.

bEspecifique si: Aguda, Persistente

cEspecifique si: Hiperactivo, Hipoactivo, Nivel mixto de actividad

___.__ Sustancia tipo anfetamina (u otro estimulante): psicótico inducido Trastorno un (126)

F15.159 Con trastorno por consumo leve

F15.259 Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.959 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno psicótico inducido por cocaína a (126)

F14.159 Con trastorno por consumo leve

F14.259 Con trastorno por consumo moderado o grave

Machine Translated by Google

F14.959	Sin trastorno por consumo

___.__	Sustancia tipo anfetamina (u otro estimulante): trastorno bipolar y Trastorno relacionado a (162)
F15.14	Con trastorno por consumo leve
F15.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.94	Sin trastorno por consumo
___.__	Trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por cocaína (162)
F14.14	Con trastorno por consumo leve
F14.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.94	Sin trastorno por consumo
___.__	Sustancia tipo anfetamina (u otro estimulante): depresión inducida Trastorno un (201)
F15.14	Con trastorno por consumo leve
F15.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.94	Sin trastorno por consumo
___.__	Trastorno depresivo inducido por cocaínaa (201)
F14.14	Con trastorno por consumo leve
F14.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.94	Sin trastorno por consumo
___.__	Ansiedad inducida por sustancias tipo anfetamina (u otro estimulante) Trastorno un (255)
F15.180	Con trastorno por consumo leve
F15.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.980	Sin trastorno por consumo
___.__	Trastorno de ansiedad inducido por cocaína (255)
F14.180	Con trastorno por consumo leve
F14.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.980	Sin trastorno por consumo
___.__	Sustancia tipo anfetamina (u otro estimulante): obsesivo inducido. Trastorno compulsivo y relacionados a (287)
F15.188	Con trastorno por consumo leve
F15.288	Con trastorno por consumo moderado o grave

Machine Translated by Google

F15.988 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por cocaína (287)

F14.188 Con trastorno por consumo leve

F14.288 Con trastorno por consumo moderado o grave

F14.988 Sin trastorno por consumo

___.__ Sustancias tipo anfetamina (u otro estimulante): sueño inducido
Trastorno un (468)

Especifique si es tipo Insomnio, tipo Somnolencia diurna, tipo Mixto

F15.182 Con trastorno por consumo leve

F15.282 Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.982 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno del sueño inducido por cocaína (468)

Especifique si es tipo Insomnio, tipo Somnolencia diurna, tipo Mixto

F14.182 Con trastorno por consumo leve

F14.282 Con trastorno por consumo moderado o grave

F14.982 Sin trastorno por consumo

___.__ Sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante): relaciones sexuales inducidas
disfunción una (504)

Especifique si: Leve, Moderado, Severo

F15.181 Con trastorno por consumo leve

F15.281 Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.981 Sin trastorno por consumo

___.__ Disfunción sexual inducida por cocaína (504)

Especifique si: Leve, Moderado, Severo

F14.181 Con trastorno por consumo leve

F14.281 Con trastorno por consumo moderado o grave

F14.981 Sin trastorno por consumo

___.__ Intoxicación por sustancias tipo anfetamina (u otro estimulante)
Delirio,c (672)

F15.121 Con trastorno por consumo leve

F15.221 Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.921 Sin trastorno por consumo

Machine Translated by Google

___.__ Delirio por intoxicación por cocaína,c (672)

F14.121 Con trastorno por consumo leve

F14.221 Con trastorno por consumo moderado o grave

F14.921 Sin trastorno por consumo

F15.921 Medicamentos de tipo anfetamina (u otro estimulante) inducidos
Delirio,c (674)

Nota: Cuando se toman medicamentos de tipo anfetamina u otros estimulantes como prescrito. La designación “tomado según lo prescrito” se utiliza para diferenciar el delirio inducido por medicamentos de la intoxicación por sustancias delirio.

___.__ Sustancia tipo anfetamina (u otro estimulante): leve inducida
Trastorno neurocognitivo (712)

Especifique si: Persistente

F15.188 Con trastorno por consumo leve

F15.288 Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.988 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno neurocognitivo leve inducido por cocaína (712)

Especifique si: Persistente

F14.188 Con trastorno por consumo leve

F14.288 Con trastorno por consumo moderado o grave

F14.988 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno no especificado relacionado con estimulantes (644)

F15.99 Sustancia tipo anfetamina u otro estimulante.

F14.99 Cocaína

Trastornos relacionados con el tabaco (645)

___.__ Trastorno por consumo de tabaco (645)

Especificar si: En terapia de mantenimiento, En un ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

Z72.0 Leve

F17.200 Moderado

F17.201 En remisión temprana

F17.201 En remisión sostenida

F17.200 Severo

En remisión temprana

Machine Translated by Google

F17.201

F17.201 En remisión sostenida

F17.203 Abstinencia de tabaco (649)

Nota: El código CIE-10-CM indica la presencia comórbida de consumo de tabaco moderado o severo.
trastorno, que debe estar presente para poder aplicar el código de abstinencia de tabaco.

___.__ Trastornos mentales inducidos por el tabaco (651)

F17.208 Trastorno del sueño inducido por el tabaco, con trastorno por consumo moderado o grave (468)

Especifique si es tipo Insomnio, tipo Somnolencia diurna, tipo Mixto

Especificar Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después del uso de medicamentos

F17.209 Trastorno no especificado relacionado con el tabaco (651)

Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas) (652)

___.__ Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas) (652)

Especifique si: En un ambiente controlado

Especifique la gravedad/remisión actual:

F19.10 Leve

F19.11 En remisión temprana

F19.11 En remisión sostenida

F19.20 Moderado

F19.21 En remisión temprana

F19.21 En remisión sostenida

F19.20 Severo

F19.21 En remisión temprana

F19.21 En remisión sostenida

___.__ Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas) (656)

Sin alteraciones de la percepción

F19.120 Con trastorno por consumo leve

F19.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.920 Sin trastorno por consumo

Con alteraciones de la percepción.

F19.122 Con trastorno por consumo leve

F19.222 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.922 Sin trastorno por consumo

___.__ Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas) (658)

Sin alteraciones de la percepción

Machine Translated by Google

F19.130 Con trastorno por consumo leve

F19.230 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.930 Sin trastorno por consumo

Con alteraciones de la percepción.

F19.132 Con trastorno por consumo leve

F19.232 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.932 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastornos mentales inducidos por otras sustancias (o desconocidas) (660)

Nota: Los trastornos se enumeran en orden de aparición en el manual.

aEspecifique Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después de la medicación usar. Nota: Cuando se prescriben como medicamentos o se toman sin receta, las sustancias de esta clase pueden también inducir el trastorno mental inducido por sustancias en cuestión.

bEspecifique si: Aguda, Persistente

cEspecifique si: Hiperactivo, Hipoactivo, Nivel mixto de actividad

___.__ Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas) a (126)

F19.159 Con trastorno por consumo leve

F19.259 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.959 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno bipolar y relacionado inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) a (162)

F19.14 Con trastorno por consumo leve

F19.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.94 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno depresivo inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) a (201)

F19.14 Con trastorno por consumo leve

F19.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.94 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) (255)

F19.180 Con trastorno por consumo leve

F19.280 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.980 Sin trastorno por consumo

___.__ Obsesivo-Compulsivo y Obsesivo-Compulsivo Inducido por Otra Sustancia (o Desconocida) Trastorno relacionado a (287)

F19.188 Con trastorno por consumo leve

Machine Translated by Google

F19.288 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.988 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) a (468)

Especificar si es tipo Insomnio, tipo Somnolencia diurna, Parasomnia.
tipo, tipo mixto

F19.182 Con trastorno por consumo leve

F19.282 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.982 Sin trastorno por consumo

___.__ Disfunción sexual inducida por otras sustancias (o sustancias desconocidas) a (504)

Especifique si: Leve, Moderado, Severo

F19.181 Con trastorno por consumo leve

F19.281 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.981 Sin trastorno por consumo

___.__ Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas) Deliriob,c (672)

F19.121 Con trastorno por consumo leve

F19.221 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.921 Sin trastorno por consumo

___.__ Delirio por abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas),c (673)

F19.131 Con trastorno por consumo leve

F19.231 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.931 Sin trastorno por consumo

___.__ Delirio inducido por otros medicamentos (o desconocidos),c (674)

Nota: La designación “tomado según lo prescrito” se utiliza para diferenciar
Delirio inducido por medicamentos por intoxicación por sustancias, Delirio y
Delirio por abstinencia de sustancias.

F19.921 Cuando se toman otros medicamentos (o desconocidos) según lo prescrito (674)

F19.931 Durante la abstinencia de otros medicamentos (o desconocidos) tomados como
prescrito (674)

___.__ Trastorno neurocognitivo mayor inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas)
(712)

Especifique si: Persistente

F19.17 Con trastorno por consumo leve

Machine Translated by Google

F19.27 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.97 Sin trastorno por consumo

___.__ Trastorno neurocognitivo leve inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) (712)

Especifique si: Persistente

F19.188 Con trastorno por consumo leve

F19.288 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.988 Sin trastorno por consumo

F19.99 Trastorno relacionado con otras sustancias no especificadas (o desconocidas) (660)

Trastornos no relacionados con sustancias (661)

F63.0 Trastorno del juego (661)

Especifique si: Episódico, Persistente

Especificar si: En remisión temprana, En remisión sostenida

Especifique la gravedad actual: leve, moderada, grave

Trastornos neurocognitivos (667)

___.__ Delirio (672)

Especifique si: Agudo, Persistente

Especifique si: Hiperactivo, Hipoactivo, Nivel mixto de actividad

aNota: Para conocer los códigos ICD-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en Relacionadas con sustancias y Trastornos adictivos por delirio inducido por sustancia/medicación específica. Ver también los criterios establecidos. y los procedimientos de grabación correspondientes en el manual para obtener más información.

Especifique si:

___.__ Delirium por intoxicación por sustancias

___.__ Delirium por abstinencia de sustancias

___.__ Delirium inducido por medicamentos

F05 Delirio debido a otra condición médica.

F05 Delirio por múltiples etiologías.

R41.0 Otro delirio especificado (678)

R41.0 Delirio no especificado (678)

Trastornos neurocognitivos mayores y leves (679)

Especifique si se debe a [cualquiera de las siguientes etiologías médicas]: enfermedad de Alzheimer, degeneración frontotemporal, cuerpos de Lewy enfermedad vascular, lesión cerebral traumática, uso de sustancias/medicamentos, infección por VIH, enfermedad priónica, Parkinson enfermedad, Enfermedad de Huntington, Otra afección médica, Etiologías múltiples, Etiología no especificada

aEspecifique la gravedad actual: Leve, Moderada, Grave. Este especificador se aplica sólo a los trastornos neurocognitivos mayores (incluidos probable y posible).

Machine Translated by Google

bEspecifique: Sin alteración del comportamiento, Con alteración del comportamiento. Para todos los trastornos neurocognitivos leves, trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias/medicamentos y trastorno neurocognitivo no especificado, del comportamiento La perturbación no se puede codificar, pero aún así se debe registrar.

Nota: Como se indica para cada subtipo, se necesita un código médico adicional para la mayoría de los trastornos neurocognitivos importantes, incluidos aquellos debidos a probables y posibles etiologías médicas. La etiología médica debe codificarse primero, antes del código de la trastorno neurocognitivo mayor. No se debe utilizar un código médico adicional para ningún trastorno neurocognitivo leve y no es utilizado para el trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve, el trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos, y trastorno neurocognitivo no especificado.

Nota de codificación: Para trastornos neurocognitivos mayores y leves: utilice códigos adicionales para indicar trastornos psiquiátricos clínicamente significativos. síntomas debidos a la misma afección médica que causa la ENT principal (por ejemplo, F06.2 trastorno psicótico debido a la enfermedad de Alzheimer) enfermedad con delirios; F06.32 trastorno depresivo debido a la enfermedad de Parkinson, con episodio de tipo depresivo mayor.) Nota: El Se incluyen códigos adicionales para trastornos mentales debidos a otra afección médica con los trastornos con los que comparten. fenomenología (p. ej., para trastornos depresivos debidos a otra afección médica, consulte “Trastornos depresivos”).

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer (690)

____.__	Trastorno neurocognitivo importante debido a la probable enfermedad de Alzheimer Nota: Codifique primero G30.9 Enfermedad de Alzheimer.	a
F02.81	Con alteración del comportamiento.	
F02.80	Sin alteración del comportamiento	
____.__	Trastorno neurocognitivo importante debido a una posible enfermedad de Alzheimer Nota: Codifique primero G30.9 Enfermedad de Alzheimer.	a
F02.81	Con alteración del comportamiento.	
F02.80	Sin alteración del comportamiento	
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer	b

Trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve (695)

____.__	Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable degeneración frontotemporal Nota: Codifique primero G31.09 degeneración frontotemporal.	a
F02.81	Con alteración del comportamiento.	
F02.80	Sin alteración del comportamiento	

____.__	Trastorno neurocognitivo mayor debido a una posible degeneración frontotemporal Nota: Codifique primero G31.09 degeneración frontotemporal.	a
F02.81	Con alteración del comportamiento.	
F02.80	Sin alteración del comportamiento	
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a degeneración frontotemporal	b

Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy (699)

____.__	Trastorno neurocognitivo mayor con probables cuerpos de Lewy Nota: Codifique primero G31.83 Enfermedad con cuerpos de Lewy.	a
F02.81	Con alteración del comportamiento.	
F02.80	Sin alteración del comportamiento	
____.__	Trastorno neurocognitivo mayor con posibles cuerpos de Lewy Nota: Codifique primero G31.83 Enfermedad con cuerpos de Lewy.	a

Machine Translated by Google

F02.81 Con alteración del comportamiento.

F02.80 Sin alteración del comportamiento

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve con cuerpos de Lewy [b]

Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve (702)

___.__ Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a una enfermedad vascular [a]
Nota: No hay código médico adicional para enfermedades vasculares.

F01.51 Con alteración del comportamiento.

F01.50 Sin alteración del comportamiento

___.__ Trastorno neurocognitivo importante posiblemente debido a una enfermedad vascular [a]
Nota: No hay código médico adicional para enfermedades vasculares.

F01.51 Con alteración del comportamiento.

F01.50 Sin alteración del comportamiento

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a enfermedad vascular [b]

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a una lesión cerebral traumática (706)

___.__ Trastorno neurocognitivo mayor debido a una lesión cerebral traumática [a]
Nota: Para la CIE-10-CM, codifique primero S06.2X9S lesión cerebral traumática difusa con pérdida del conocimiento de duración no especificada, secuela.

F02.81 Con alteración del comportamiento.

F02.80 Sin alteración del comportamiento

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a una lesión cerebral traumática [b]

Trastorno neurocognitivo leve o mayor inducido por sustancias o medicamentos (712)

Nota: No hay código médico adicional. Para conocer los códigos ICD-10-CM aplicables, consulte las clases de sustancias en Relacionadas con sustancias y Trastornos adictivos para el trastorno neurocognitivo leve o mayor inducido por una sustancia o medicamento específico. Ver también los criterios configuración y los procedimientos de grabación correspondientes en el manual para obtener más información.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno comórbido por uso de sustancias para el mismo clase de sustancia. En cualquier caso, no se realiza un diagnóstico adicional separado de trastorno por uso de sustancias.

Especifique si: Persistente

___.__ Trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias o medicamentos [a,b]
Nota: Si hay un trastorno por uso de sustancias, registre el trastorno por uso de sustancias leve (el código ICD-10-CM no disponible si el trastorno leve por uso de sustancias no causa un trastorno neurocognitivo importante) o moderado o trastorno grave por uso de sustancias; si no hay ningún trastorno por uso de sustancias, registre sólo [específico trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancia].

___.___ Trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancias o medicamentos [b]
Nota: Si hay un trastorno por uso de sustancias, registre el trastorno por uso de sustancias leve o moderado o grave. trastorno por uso de sustancias; si no hay ningún trastorno por uso de sustancias, registre solo [sustancia específica]- Trastorno neurocognitivo leve inducido.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la infección por VIH (717)

___.__ Trastorno neurocognitivo mayor debido a la infección por VIH [a]
Nota: Codifique primero B20 infección por VIH.

Machine Translated by Google

F02.81 Con alteración del comportamiento.

F02.80 Sin alteración del comportamiento

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a la infección por VIH [b]

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a enfermedad priónica (721)

___.__ Trastorno neurocognitivo importante debido a enfermedad priónica [a]

Nota: Codifique primero A81.9 enfermedad priónica.

F02.81 Con alteración del comportamiento.

F02.80 Sin alteración del comportamiento

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a enfermedad priónica [b]

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson (723)

___.__ Trastorno neurocognitivo importante probablemente debido a la enfermedad de Parkinson [a]

Nota: Codifique primero G20 enfermedad de Parkinson.

F02.81 Con alteración del comportamiento.

F02.80 Sin alteración del comportamiento

___.__ Trastorno neurocognitivo importante posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson [a]

Nota: Codifique primero G20 enfermedad de Parkinson.

F02.81 Con alteración del comportamiento.

F02.80 Sin alteración del comportamiento

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Parkinson [b]

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington (726)

___.__ Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington [a]

Nota: Codifique primero G10 enfermedad de Huntington.

F02.81 Con alteración del comportamiento.

F02.80 Sin alteración del comportamiento

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Huntington [b]

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a otra afección médica (729)

___.__ Trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica [a]

Nota: Codifique primero la otra condición médica.

F02.81 Con alteración del comportamiento.

F02.80 Sin alteración del comportamiento

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a otra afección médica [b]

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a múltiples etiologías (731)

___.__ Trastorno neurocognitivo mayor debido a múltiples etiologías [a]

Nota: Codifique primero todas las condiciones médicas etiológicas (con excepción de la enfermedad vascular, que es no codificado).

Machine Translated by Google

F02.81 Con alteración del comportamiento.

F02.80 Sin alteración del comportamiento

Nota: Si la enfermedad vascular se encuentra entre las múltiples afecciones médicas etiológicas, codifique F01.51 para trastorno neurocognitivo vascular mayor, con alteración del comportamiento, o F01.50 para trastorno vascular mayor trastorno neurocognitivo, sin alteración del comportamiento.

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a múltiples etiologías [b]

Trastorno neurocognitivo no especificado [b] (732)

Nota: No hay código médico adicional.

R41.9 Trastorno neurocognitivo no especificado [b]

Trastornos de la personalidad (733)

Trastornos de la personalidad del grupo A

F60.0 Trastorno de personalidad paranoide (737)

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad (741)

F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad (744)

Trastornos de la personalidad del grupo B

F60.2 Trastorno de personalidad antisocial (748)

F60.3 Trastorno límite de la personalidad (752)

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad (757)

F60.81 Trastorno narcisista de la personalidad (760)

Trastornos de la personalidad del grupo C

F60.6 Trastorno de personalidad por evitación (764)

F60.7 Trastorno de personalidad dependiente (768)

F60.5 Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (771)

Otros trastornos de la personalidad

F07.0 Cambio de personalidad debido a otra condición médica (775)

Especifique si: Tipo lábil, Tipo desinhibido, Tipo agresivo, Tipo apático, Tipo paranoico, Otro tipo, tipo combinado, tipo no especificado

F60.89 Otro trastorno de personalidad especificado (778)

F60.9 Trastorno de personalidad no especificado (778)

Trastornos parafílicos (779)

El siguiente especificador se aplica a los trastornos parafílicos cuando esté indicado:

Machine Translated by Google

aEspecifique si: En un ambiente controlado, En remisión total

F65.3 Trastorno voyeurista [a] (780)

F65.2 Trastorno exhibicionista [a] (783)

Especifique si: Excitación sexual al exponer los genitales a niños prepúberes, Excitación sexual por exponer los genitales a individuos físicamente maduros, Excitación sexual al exponer los genitales a niños prepúberes y a personas físicamente maduras

F65.81 Trastorno frotteurista [a] (785)

F65.51 Trastorno de masoquismo sexual [a] (788)

Especificar si: Con asfixiofilia

F65.52 Trastorno de sadismo sexual [a] (790)

F65.4 Trastorno pedófilo (792)

Especifique si: tipo exclusivo, tipo no exclusivo

Especifique si: Atracción sexual por hombres, Atracción sexual por mujeres, Atracción sexual por ambos

Especifique si: Limitado al incesto

F65.0 Trastorno fetichista [a] (796)

Especifique: Parte(s) del cuerpo, Objeto(s) no vivo(s), Otro

F65.1 Trastorno Transvestico [a] (798)

Especificar si: Con fetichismo, Con autoginefilia

F65.89 Otro trastorno parafílico especificado (801)

F65.9 Trastorno parafílico no especificado (801)

Otros trastornos mentales y códigos adicionales (803)

F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica (803)

F09 Trastorno mental no especificado debido a otra afección médica (804)

F99 Otro trastorno mental especificado (804)

F99 Trastorno mental no especificado (805)

Z03.89 Sin diagnóstico ni condición (805)

Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de Medicación (807)

____.__ Parkinsonismo inducido por medicamentos (807)

G21.11 Medicamentos antipsicóticos y otros bloqueadores de los receptores de dopamina Parkinsonismo inducido por agentes (807)

G21.19 Otro parkinsonismo inducido por medicamentos (807)

Machine Translated by Google

G21.0 Síndrome neuroléptico maligno (810)

G24.02 Distonía aguda inducida por medicamentos (812)

G25.71 Acatisia aguda inducida por medicamentos (813)

G24.01 Discinesia tardía (814)

G24.09 Distonía tardía (816)

G25.71 Acatisia tardía (816)

G25.1 Temblor postural inducido por medicamentos (817)

G25.79 Otro trastorno del movimiento inducido por medicamentos (818)

___.__ Síndrome de discontinuación de antidepresivos (818)

T43.205A Encuentro inicial

T43.205D Encuentro posterior

T43.205S Secuelas

___.__ Otros efectos adversos de la medicación (819)

T50.905A Encuentro inicial

T50.905D Encuentro posterior

T50.905S Secuelas

Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica (821)

Comportamiento suicida y autolesiones no suicidas (822)

Comportamiento suicida (822)

___.__ Comportamiento suicida actual (822)

T14.91A Encuentro inicial

T14.91D Encuentro posterior

Z91.51 Historia de conducta suicida (822)

Autolesiones no suicidas (822)

$45.88 Autolesiones no suicidas actuales (822)

Z91.52 Historia de autolesiones no suicidas (822)

Abuso y negligencia (822)

Problemas de maltrato y abandono infantil (823)

Abuso físico infantil (823)

___.__ Abuso físico infantil, confirmado (823)

Machine Translated by Google

T74.12XA Encuentro inicial

T74.12XD Encuentro posterior

___.__ Abuso físico infantil, sospechoso (823)

T76.12XA Encuentro inicial

T76.12XD Encuentro posterior

___.__ Otras circunstancias relacionadas con el abuso físico infantil (823)

Z69.010 Contacto con servicios de salud mental para víctima de abuso físico infantil por padre

Z69.020 Contacto con servicios de salud mental para víctima de hijo no parental abuso físico

Z62.810 Historia personal (historia pasada) de abuso físico en la infancia.

Z69.011 Encuentro con servicios de salud mental para agresor de hijo de padres abuso físico

Z69.021 Encuentro con servicios de salud mental para el perpetrador de un niño no parental abuso físico

Abuso sexual infantil (823)

___.__ Abuso sexual infantil, confirmado (824)

T74.22XA Encuentro inicial

T74.22XD Encuentro posterior

___.__ Abuso sexual infantil, sospechoso (824)

T76.22XA Encuentro inicial

T76.22XD Encuentro posterior

___.__ Otras circunstancias relacionadas con el abuso sexual infantil (824)

Z69.010 Encuentro para servicios de salud mental para víctima de abuso sexual infantil por padre

Z69.020 Contacto con servicios de salud mental para víctima de hijo no parental abuso sexual

Z62.810 Historia personal (historia pasada) de abuso sexual en la infancia.

Z69.011 Encuentro con servicios de salud mental para agresor de hijo de padres abuso sexual

Z69.021 Encuentro con servicios de salud mental para el perpetrador de un niño no parental abuso sexual

Abandono infantil (824)

___.__ Abandono infantil, confirmado (824)

Machine Translated by Google

T74.02XA Encuentro inicial

T74.02XD Encuentro posterior

___.__ Se sospecha negligencia infantil (824)

T76.02XA Encuentro inicial

T76.02XD Encuentro posterior

___.__ Otras circunstancias relacionadas con la negligencia infantil (824)

Z69.010 Encuentro de servicios de salud mental para víctima de negligencia infantil por parte de sus padres

Z69.020 Contacto con servicios de salud mental para víctima de hijo no parental descuido

Z62.812 Historia personal (historia pasada) de negligencia en la infancia.

Z69.011 Encuentro con servicios de salud mental para agresor de hijo de padres descuido

Z69.021 Encuentro con servicios de salud mental para el perpetrador de un niño no parental descuido

Abuso Psicológico Infantil (825)

___.__ Abuso Psicológico Infantil, Confirmado (825)

T74.32XA Encuentro inicial

T74.32XD Encuentro posterior

___.__ Abuso Psicológico Infantil, Sospecha (825)

T76.32XA Encuentro inicial

T76.32XD Encuentro posterior

___.__ Otras Circunstancias Relacionadas con el Abuso Psicológico Infantil (825)

Z69.010 Encuentro por servicios de salud mental para víctima de psicoterapia infantil. abuso por parte de los padres

Z69.020 Contacto con servicios de salud mental para víctima de hijo no parental Abuso psicológico

Z62.811 Historia personal (historia pasada) de abuso psicológico en la infancia.

Z69.011 Encuentro con servicios de salud mental para agresor de hijo de padres Abuso psicológico

Z69.021 Encuentro con servicios de salud mental para el perpetrador de un niño no parental Abuso psicológico

Problemas de maltrato y abandono de adultos (825)

Violencia física de cónyuge o pareja (825)

___.__ Violencia Conyugal o de Pareja, Física, Confirmada (825)

T74.11XA Encuentro inicial

Machine Translated by Google

T74.11XD Encuentro posterior

___.__ Violencia Conyugal o de Pareja, Física, Sospecha (826)

T76.11XA Encuentro inicial

T76.11XD Encuentro posterior

___.__ Otras circunstancias relacionadas con la violencia física del cónyuge o pareja (826)

Z69.11 Contacto para servicios de salud mental para víctima de cónyuge o pareja violencia, fisica

Z91.410 Historia personal (historia pasada) de violencia conyugal o de pareja, física

Z69.12 Contacto para servicios de salud mental para agresor de cónyuge o pareja violencia, fisica

Violencia sexual de cónyuge o pareja (826)

___.__ Violencia Conyugal o de Pareja, Sexual, Confirmada (826)

T74.21XA Encuentro inicial

T74.21XD Encuentro posterior

___.__ Sospecha de violencia sexual conyugal o de pareja (826)

T76.21XA Encuentro inicial

T76.21XD Encuentro posterior

___.__ Otras circunstancias relacionadas con la violencia sexual conyugal o de pareja (826)

Z69.81 Contacto para servicios de salud mental para víctima de cónyuge o pareja violencia, sexual

Z91.410 Historia personal (historia pasada) de violencia conyugal o de pareja, sexual

Z69.12 Contacto para servicios de salud mental para agresor de cónyuge o pareja violencia, sexual

Negligencia del cónyuge o pareja (826)

___.__ Negligencia del cónyuge o pareja, confirmada (826)

T74.01XA Encuentro inicial

T74.01XD Encuentro posterior

___.__ Negligencia del cónyuge o pareja, sospechada (827)

T76.01XA Encuentro inicial

T76.01XD Encuentro posterior

___.__ Otras circunstancias relacionadas con la negligencia del cónyuge o pareja (827)

Z69.11 Contacto para servicios de salud mental para víctima de cónyuge o pareja descuido

Machine Translated by Google

Z91.412 Historia personal (historia pasada) de negligencia del cónyuge o pareja

Z69.12 Contacto para servicios de salud mental para agresor de cónyuge o pareja descuido

Abuso Psicológico del Cónyuge o Pareja (827)

___.__ Abuso de cónyuge o pareja, psicológico, confirmado (827)

T74.31XA Encuentro inicial

T74.31XD Encuentro posterior

___.__ Abuso Psicológico Sospechoso de Cónyuge o Pareja (827)

T76.31XA Encuentro inicial

T76.31XD Encuentro posterior

___.__ Otras Circunstancias Relacionadas con el Abuso Psicológico del Cónyuge o Pareja (827)

Z69.11 Contacto para servicios de salud mental para víctima de cónyuge o pareja Abuso psicológico

Z91.411 Historia personal (historia pasada) de abuso psicológico del cónyuge o pareja

Z69.12 Contacto para servicios de salud mental para agresor de cónyuge o pareja Abuso psicológico

Abuso de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o su pareja (827)

___.__ Abuso físico en adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o pareja, confirmado (828)

T74.11XA Encuentro inicial

T74.11XD Encuentro posterior

___.__ Abuso físico de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o pareja, sospechado (828)

T76.11XA Encuentro inicial

T76.11XD Encuentro posterior

___.__ Abuso sexual en adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o pareja, confirmado (828)

T74.21XA Encuentro inicial

T74.21XD Encuentro posterior

___.__ Abuso sexual en adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o pareja, sospechado (828)

T76.21XA Encuentro inicial

T76.21XD Encuentro posterior

___.__ Abuso psicológico de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o su pareja, confirmado (828)

T74.31XA Encuentro inicial

T74.31XD Encuentro posterior

Machine Translated by Google

___.__ Abuso psicológico de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o su pareja, sospechado (828)

T76.31XA Encuentro inicial

T76.31XD Encuentro posterior

___.__ Otras circunstancias relacionadas con el abuso de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o su pareja (828)

Z69.81 Contacto con servicios de salud mental para víctima de violencia no conyugal o abuso de adultos sin pareja

Z69.82 Contacto con servicios de salud mental para el perpetrador de un acto no conyugal o abuso de adultos sin pareja

Problemas relacionales (828)

___.__ Problema relacional entre padres e hijos (829)

Z62.820 Padre-hijo biológico (829)

Z62.821 Padre-hijo adoptado (829)

Z62.822 Padre-hijo de crianza (829)

Z62.898 Otro cuidador-niño (829)

Z62.891 Problema relacional entre hermanos (829)

Z63.0 Problemas de relación con el cónyuge o pareja íntima (829)

Problemas relacionados con el entorno familiar (829)

Z62.29 Crianza lejos de los padres (829)

Z62.898 Niño afectado por problemas en la relación parental (830)

Z63.5 Disrupción de la familia por separación o divorcio (830)

Z63.8 Alto nivel de emoción expresada dentro de la familia (830)

Problemas educativos (830)

Z55.0 Analfabetismo y alfabetización baja (830)

Z55.1 Escolarización no disponible e inalcanzable (830)

Z55.2 Exámenes escolares reprobados (830)

Z55.3 Bajo rendimiento escolar (830)

Z55.4 Desadaptación educativa y discordia con profesores y compañeros (830)

Z55.8 Problemas relacionados con la enseñanza inadecuada (830)

Z55.9 Otros problemas relacionados con la educación y la alfabetización (830)

Problemas laborales (830)

Z56.82 Problema relacionado con el estado actual del despliegue militar (830)

Z56.0 Desempleo (831)

Machine Translated by Google

Z56.1 Cambio de Trabajo (831)

Z56.2 Amenaza de pérdida del empleo (831)

Z56.3 Horario de trabajo estresante (831)

Z56.4 Discordia con el jefe y los compañeros de trabajo (831)

Z56.5 Ambiente de trabajo desagradable (831)

Z56.6 Otras tensiones físicas y mentales relacionadas con el trabajo (831)

Z56.81 Acoso sexual en el trabajo (831)

Z56.9 Otro problema relacionado con el empleo (831)

Problemas de vivienda (831)

Z59.01 Personas sin hogar protegidas (831)

Z59.02 Personas sin hogar sin refugio (831)

Z59.1 Vivienda inadecuada (831)

Z59.2 Discordia con vecino, inquilino o propietario (831)

Z59.3 Problema relacionado con vivir en una institución residencial (831)

Z59.9 Otro problema de vivienda (831)

Problemas económicos (831)

Z59.41 Inseguridad alimentaria (832)

Z58.6 Falta de agua potable (832)

Z59.5 Pobreza extrema (832)

Z59.6 Bajos Ingresos (832)

Z59.7 Seguro social o de salud insuficiente o apoyo social (832)

Z59.9 Otro problema económico (832)

Problemas relacionados con el entorno social (832)

Z60.2 Problema relacionado con vivir solo (832)

Z60.3 Dificultad de aculturación (832)

Z60.4 Exclusión o Rechazo Social (832)

Z60.5 Blanco de discriminación o persecución (percibida) adversa (832)

Z60.9 Otro problema relacionado con el entorno social (832)

Problemas relacionados con la interacción con el sistema legal (832)

Z65.0 Condena en Proceso Penal Sin Prisión (833)

Z65.1 Encarcelamiento u otro encarcelamiento (833)

Problemas relacionados con la liberación de prisión (833)

Machine Translated by Google

Z65.2

Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (833)

Problemas relacionados con otros problemas psicosociales, personales y ambientales. Circunstancias (833)

Z72.9 Problema relacionado con el estilo de vida (833)

Z64.0 Problemas relacionados con el embarazo no deseado (833)

Z64.1 Problemas relacionados con la multiparidad (833)

Z64.4 Discordia con el proveedor de servicios sociales, incluido el oficial de libertad condicional, el administrador de casos o los servicios sociales Trabajador (833)

Z65.4 Víctima de Crimen (833)

Z65.4 Víctima de Terrorismo o Tortura (833)

Z65.5 Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades (833)

Problemas relacionados con el acceso a la atención médica y otros servicios de salud (833)

Z75.3 Indisponibilidad o inaccesibilidad de instalaciones de atención médica (833)

Z75.4 Indisponibilidad o inaccesibilidad de otras agencias de ayuda (833)

Circunstancias de la historia personal (833)

Z91.49 Historia Personal de Trauma Psicológico (833)

Z91.82 Historia personal de despliegue militar (833)

Otros Servicios de Salud Encuentros para Consejería y Asesoramiento Médico (833)

Z31.5 Asesoramiento Genético (833)

Z70.9 Asesoramiento sexual (834)

Z71.3 Asesoramiento dietético (834)

Z71.9 Otro asesoramiento o consulta (834)

Condiciones o problemas adicionales que pueden ser un foco de atención clínica (834)

Z91.83 Deambulación asociada con un trastorno mental (834)

Z63.4 Duelo sin complicaciones (834)

Z60.0 Problema de fase de la vida (834)

Z65.8 Religiosos del Problema Espiritual (834)

Z72.811 Comportamiento antisocial del adulto (835)

Z72.810 Comportamiento Antisocial Infantil o Adolescente (835)

Z91.19 Incumplimiento del tratamiento médico (835)

Sobrepeso u Obesidad (835)

Machine Translated by Google

E66.9	
Z76.5	Fingiendo (835)
$41.81	Deterioro cognitivo relacionado con la edad (835)
$41.83	Funcionamiento intelectual límite (836)

Machine Translated by Google

SECCIÓN I

Conceptos básicos del DSM-5

Introducción 2

Uso del Manual 3

Declaración de precaución para el uso forense del DSM-5

Machine Translated by Google

Esta sección proporciona una orientación básica sobre el propósito, la estructura, el contenido y el uso del DSM-5. La Introducción comienza con una descripción de los procesos de revisión del DSM-5 y el DSM-5-TR, seguida de una descripción general de la estructura organizativa del DSM-5 (p. ej., reagrupación de trastornos, armonización con la CIE-11) y cuestiones conceptuales clave, como como la definición de un trastorno mental, enfoques categóricos y dimensionales del diagnóstico, cuestiones estructurales culturales y sociales y diferencias de sexo y género. El uso del Manual incluye información para facilitar el uso del DSM-5, como una breve descripción general del proceso de diagnóstico, uso de subtipos y especificadores, otras categorías de trastornos mentales especificadas y no especificadas, uso del juicio clínico, procedimientos de codificación y registro, notas. sobre terminología, descripciones de los tipos de información en el texto del DSM-5-TR y mejoras en línea. La sección concluye con una declaración de precaución para el uso forense del DSM-5.

Machine Translated by Google

Introducción

La creación de la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) fue una tarea enorme que involucró a cientos de personas trabajando para lograr un objetivo común durante un período de 12 años. Se requirió mucho pensamiento y deliberación para evaluar los criterios de diagnóstico, considerar la organización de cada aspecto del manual y crear nuevas características que se consideran más útiles para los médicos, como medidas dimensionales que pueden ayudar a identificar síntomas emergentes o determinar y monitorear cambios. en severidad. Todos estos esfuerzos se han dirigido al objetivo de potenciar la utilidad del DSM-5 como guía clínica en el diagnóstico de trastornos mentales, así como su valor para la investigación.

El DSM-5 se esfuerza por satisfacer la necesidad de los médicos, pacientes, familias e investigadores de una descripción clara y concisa de cada trastorno mental, que se ha puesto en práctica utilizando criterios de diagnóstico que se complementan con medidas dimensionales de gravedad y se acompaña de un resumen de información sobre el diagnóstico, incluidos los factores de riesgo y cuestiones relacionadas con la cultura, el sexo y el género.

Se necesita formación clínica y experiencia para utilizar el DSM para determinar un diagnóstico clínico. Los criterios de diagnóstico identifican síntomas y signos que comprenden afectos, conductas, funciones cognitivas y rasgos de personalidad junto con signos físicos, combinaciones de síntomas (síndromes) y duraciones que requieren experiencia clínica para diferenciarlos de la variación normal y las respuestas transitorias al estrés. El proceso de diagnóstico puede facilitarse mediante un examen exhaustivo de la variedad de síntomas que podrían estar presentes, como realizar una revisión de los sistemas mentales utilizando la Medida transversal de síntomas de nivel 1 del DSM-5, según lo recomendado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA).) Directrices prácticas para la evaluación psiquiátrica de adultos (consulte “Medidas transversales sobre síntomas”).

El uso de los criterios del DSM tiene la clara virtud de crear un lenguaje común para la comunicación entre los médicos sobre el diagnóstico de los trastornos. Los trastornos oficialmente reconocidos se encuentran en la Sección II del manual. Sin embargo, cabe señalar que estos criterios de diagnóstico y su ubicación dentro de la clasificación se basan en investigaciones actuales y es posible que sea necesario modificarlos a medida que avanza la investigación.

Desarrollo del DSM-5-TR

Breve historia de las ediciones anteriores del DSM La

primera edición del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría apareció en 1952. Este fue el primer manual oficial de trastornos mentales que

Machine Translated by Google

Contiene un glosario de descripciones de las categorías de diagnóstico. El uso del término "reacción" en toda la clasificación reflejó la influencia de la visión psicobiológica de Adolf Meyer de que los trastornos mentales representaban reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos. En el desarrollo de la segunda edición (DSM-II), se tomó la decisión de basar la clasificación en la sección de trastornos mentales del

la octava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8), para la cual representantes de la APA habían brindado consultas. Tanto el DSM-II como la CIE-8 entraron en vigor en 1968.

Como había sido el caso del DSM-I y el DSM-II, el desarrollo del DSM-III se coordinó con el desarrollo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, específicamente la CIE-9, que se publicó en 1975 y se implementó en 1978. Se comenzó a trabajar en DSM-III en 1974, con publicación en 1980. El DSM-III, bajo la dirección del Dr. Robert L. Spitzer, introdujo una serie de innovaciones metodológicas importantes, incluidos criterios de diagnóstico explícitos y un enfoque descriptivo que intentaba ser neutral con respecto a Teorías de la etiología de los trastornos mentales. La experiencia con el DSM-III reveló una serie de inconsistencias en el sistema.

Por lo tanto, la APA nombró un Grupo de Trabajo para Revisar el DSM-III, que desarrolló las revisiones y correcciones que llevaron al DSM-III-R en 1987.

El DSM-IV se publicó en 1994. Fue la culminación de un esfuerzo de seis años en el que participaron más de 1.000 personas y numerosas organizaciones profesionales. Gran parte del esfuerzo implicó realizar una revisión exhaustiva de la literatura para establecer una base empírica firme para realizar modificaciones. Los desarrolladores del DSM-IV y la décima revisión de la CIE trabajaron estrechamente para coordinar sus esfuerzos, lo que resultó en una mayor congruencia entre los dos sistemas. La CIE-10 se publicó en 1992.

En el sitio web de la APA se encuentra una historia detallada de todas las ediciones del DSM: https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm.

Proceso de revisión del DSM-5

En 1999, la APA lanzó una evaluación de las fortalezas y debilidades del DSM. Este esfuerzo se coordinó con la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Mundial de Psiquiatría y el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) en forma de varias conferencias, cuyas actas se publicaron en la monografía A de 2002 . Agenda de investigación para el DSM-V. Posteriormente, de 2003 a 2008, un acuerdo de cooperación entre la APA y la OMS, apoyado por el NIMH, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) y el Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA), condujo a la convocatoria de 13 conferencias internacionales de planificación de la investigación del DSM-5, en las que participaron 400 participantes de 39 países, para revisar la literatura mundial en áreas de diagnóstico específicas y prepararse para las revisiones en el desarrollo tanto del DSM-5 como de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª Revisión (CIE-11). Los informes de estas conferencias formaron la base para futuras revisiones del Grupo de Trabajo del DSM-5 y sentaron las bases para la nueva edición del DSM.

En 2006, la APA nombró al Dr. David J. Kupfer como presidente y al Dr. Darrel A. Regier, MPH como vicepresidente del grupo de trabajo del DSM-5. Fueron acusados de recomendar sillas.

Machine Translated by Google

para los 13 grupos de trabajo de diagnóstico y miembros adicionales del grupo de trabajo con una gama multidisciplinaria de experiencia que supervisarían el desarrollo del DSM-5. La Junta Directiva de la APA inició un proceso de investigación adicional para revelar fuentes de ingresos y así evitar conflictos de intereses por parte de los miembros del grupo de trabajo y del grupo de trabajo. La divulgación completa de todos los ingresos y subvenciones de investigación de fuentes comerciales, incluida la industria farmacéutica, en los 3 años anteriores, la imposición de un límite de ingresos de todas las fuentes comerciales y la publicación de las divulgaciones en un sitio web establecieron un nuevo estándar para el campo. . Posteriormente, en 2007 se aprobó el grupo de trabajo de 28 miembros y en 2008 se aprobaron los nombramientos de más de 130 miembros del grupo de trabajo. También se aprobó la participación en el proceso de más de 400 asesores adicionales del grupo de trabajo sin autoridad para votar. Un concepto claro de la siguiente etapa evolutiva para la clasificación de los trastornos mentales fue fundamental para los esfuerzos del grupo de trabajo y los grupos de trabajo.
Esta visión surgió cuando el grupo de trabajo y los grupos de trabajo contaron la historia de la clasificación del DSM-IV, sus fortalezas y limitaciones actuales y las direcciones estratégicas para su revisión.

Un proceso intensivo de seis años implicó realizar revisiones de literatura y análisis secundarios, publicar informes de investigación en revistas científicas, desarrollar borradores de criterios de diagnóstico, publicar borradores preliminares en el sitio web del DSM-5 para comentarios públicos, presentar hallazgos preliminares en reuniones profesionales, realizar pruebas de campo, y revisión de criterios y texto. En general, muchos grupos educativos y profesionales de la salud participaron en este desarrollo y prueba del DSM-5, incluidos médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, consejeros, epidemiólogos, estadísticos, neurocientíficos y neuropsicólogos. Además, personas con trastornos mentales y familias de personas con trastornos mentales, abogados, organizaciones de consumidores y grupos de defensa participaron en la revisión del DSM-5 proporcionando comentarios sobre los trastornos mentales descritos en este volumen.

Propuestas de revisión Las propuestas

para la revisión de los criterios de diagnóstico del DSM-IV fueron desarrolladas por miembros de los grupos de trabajo sobre la base de la justificación, el alcance del cambio, el impacto esperado en el manejo clínico y la salud pública, la solidez de la evidencia de la investigación que lo respalda, la claridad general. y utilidad clínica. Las propuestas abarcaron cambios en los criterios de diagnóstico; la incorporación de nuevos trastornos, subtipos y especificadores; y la eliminación de los trastornos existentes.

En las propuestas de revisión, en primer lugar se identificaron las fortalezas y debilidades de los criterios y la nosología actuales. Se consideraron nuevos hallazgos científicos de las dos décadas anteriores, lo que llevó a la creación de un plan de investigación para evaluar cambios potenciales a través de revisiones de la literatura y análisis de datos secundarios. Cuatro principios guiaron las revisiones preliminares: 1) El objetivo principal del DSM-5 es ser un manual para uso de los médicos, y las revisiones deben ser factibles para la práctica clínica habitual; 2) las recomendaciones para las revisiones deben guiarse por la evidencia de la investigación; 3) cuando sea posible, se debe mantener la continuidad con ediciones anteriores del DSM; y 4) no se deben imponer restricciones a priori al grado de cambio entre el DSM-IV y el DSM-5.

A partir de las revisiones iniciales de la literatura, los grupos de trabajo identificaron cuestiones clave dentro de sus áreas de diagnóstico. Los grupos de trabajo también examinaron preocupaciones metodológicas más amplias, como la presencia de hallazgos contradictorios en la literatura; desarrollo de una definición refinada de

Machine Translated by Google

trastorno mental; y una consideración de cuestiones transversales relevantes para todos los trastornos. La inclusión de una propuesta de revisión en la Sección II se basó en la consideración de sus ventajas y desventajas para la salud pública y la utilidad clínica, la solidez de la evidencia y la magnitud del cambio. Los nuevos diagnósticos, subtipos y especificadores de trastornos estaban sujetos a estipulaciones adicionales, como la demostración de confiabilidad (es decir, el grado en que dos médicos podían llegar de forma independiente al mismo diagnóstico para un paciente determinado). Se consideraron para su eliminación los trastornos con baja utilidad clínica y validez débil. La ubicación de las condiciones propuestas en "Condiciones para estudios adicionales" en la Sección III dependía de la cantidad de evidencia empírica generada sobre el diagnóstico propuesto, la confiabilidad o validez del diagnóstico, la presencia de una necesidad clínica clara y el beneficio potencial en el avance de la investigación.

Pruebas de campo del DSM-5

El uso de pruebas de campo para demostrar empíricamente la confiabilidad fue una mejora notable introducida en el DSM-III. El diseño y la estrategia de implementación de los ensayos de campo del DSM-5 representaron varios cambios con respecto a los enfoques utilizados para el DSM-III y el DSM-IV, particularmente en la obtención de datos sobre la precisión de las estimaciones de confiabilidad kappa (una medida estadística que evalúa el nivel de acuerdo entre los evaluadores que corrige el acuerdo casual debido a las tasas de prevalencia) en el contexto de entornos clínicos del mundo real con altos niveles de comorbilidad diagnóstica. Para el DSM-5, los ensayos de campo se ampliaron mediante el uso de dos diseños distintivos: uno en entornos médico-académicos grandes y diversos y el otro en prácticas clínicas habituales. El primero aprovechó la necesidad de contar con muestras de gran tamaño para probar hipótesis sobre

confiabilidad y utilidad clínica de una variedad de diagnósticos en una variedad de poblaciones de pacientes; este último proporcionó información valiosa sobre cómo se desempeñaron las revisiones propuestas en entornos clínicos cotidianos entre una muestra diversa de usuarios del DSM. Se anticipa que futuros estudios de investigación clínica y básica se centrarán en la validez de los criterios de diagnóstico categóricos revisados y las características dimensionales subyacentes de estos trastornos (incluidos aquellos que ahora están siendo explorados por la iniciativa de Criterios de Dominio de Investigación del NIMH).

Los ensayos de campo médico-académicos se llevaron a cabo en 11 sitios médico-académicos de América del Norte desde diciembre de 2010 hasta octubre de 2011 y evaluaron la confiabilidad, viabilidad y utilidad clínica de revisiones seleccionadas, dando prioridad a aquellas que representaban el mayor grado de cambio con respecto al DSM. -IV o aquellos que potencialmente tengan mayor impacto en la salud pública. Se examinó a todas las poblaciones de pacientes clínicos que llegaron a cada sitio para detectar diagnósticos del DSM-IV o síntomas calificados que pudieran predecir varios trastornos de interés específicos del DSM-5. Para cada sitio se identificaron muestras estratificadas de cuatro a siete trastornos específicos, además de un estrato que contenía una muestra representativa de todos los demás diagnósticos. Los pacientes dieron su consentimiento para el estudio y fueron asignados aleatoriamente a una entrevista clínica realizada por un médico ciego al diagnóstico clínico, seguida de una segunda entrevista que se produjo dentro de 2 semanas con un médico ciego al diagnóstico realizado por el primer entrevistador. Los pacientes primero completaron un inventario asistido por computadora de síntomas transversales en más de una docena de dominios psicológicos. Estos inventarios fueron calificados por una computadora y los resultados se proporcionaron a los médicos antes de que realizaran una entrevista clínica típica (sin un protocolo estructurado). Los médicos debían calificar la presencia de

Machine Translated by Google

criterios de calificación en una lista de verificación de diagnóstico DSM-5 asistida por computadora, determinar diagnósticos, calificar la gravedad del diagnóstico y cargar los datos en un depósito central. El diseño de este estudio permitió calcular el grado en que dos médicos independientes podían estar de acuerdo en un diagnóstico (usando la estadística kappa intraclase) y en las calificaciones administradas por el médico de la gravedad de los síntomas transversales y específicos del diagnóstico (usando coeficientes de correlación intraclase), como así como el nivel de acuerdo sobre las medidas de síntomas transversales, rasgos de personalidad, discapacidad y gravedad del diagnóstico autoinformados administrados al mismo paciente en dos ocasiones con un intervalo de hasta 2 semanas (utilizando coeficientes de correlación intraclase), junto con información sobre la precisión de estas estimaciones de confiabilidad. También fue posible evaluar las tasas de prevalencia de las afecciones del DSM-IV y del DSM-5 en las respectivas poblaciones clínicas.

Los ensayos de campo de práctica clínica de rutina involucraron el reclutamiento de psiquiatras individuales y otros médicos de salud mental y se llevaron a cabo desde octubre de 2011 hasta marzo de 2012. Se reclutó una muestra de voluntarios que incluía psiquiatras generalistas y especializados, psicólogos, trabajadores sociales clínicos autorizados, consejeros matrimoniales y familiares. terapeutas y enfermeras de salud mental psiquiátrica de práctica avanzada. Los ensayos de campo proporcionaron exposición de los diagnósticos y medidas dimensionales propuestos por el DSM-5 a una amplia gama de médicos para evaluar su viabilidad y utilidad clínica.

Revisión pública y profesional

En 2010, la APA lanzó un sitio web dedicado a la revisión del DSM-5 para facilitar la aportación del público y los profesionales al DSM-5. Todos los borradores de criterios de diagnóstico y cambios propuestos en la organización se publicaron en www.dsm5.org por un período de comentarios de 2 meses. Los comentarios totalizaron más de 8.000 presentaciones, que fueron revisadas sistemáticamente por cada uno de los 13 grupos de trabajo, cuyos miembros, cuando correspondía, integraron preguntas y comentarios en las discusiones de las revisiones preliminares y los planes para las pruebas de campo. Después de las revisiones del borrador inicial de los criterios y la organización de capítulos propuesta, se realizó una segunda publicación en 2011. Los grupos de trabajo consideraron los comentarios de las publicaciones web y los resultados de las pruebas de campo del DSM-5 al redactar los criterios finales propuestos, que se publicaron en el sitio web para por tercera y última vez en 2012. Estas tres iteraciones de revisión externa produjeron más de 13.000 comentarios firmados individualmente en el sitio web que fueron recibidos y revisados por el trabajo.

grupos, además de miles de firmantes de peticiones organizadas a favor y en contra de algunas revisiones propuestas, todo lo cual permitió que el grupo de trabajo abordara activamente las preocupaciones de los usuarios de DSM, así como de los pacientes y los grupos de defensa, y garantizara que la utilidad clínica siguiera siendo una alta prioridad.

Revisión de expertos y aprobación final Los miembros de los 13 grupos de trabajo, que representan experiencia en sus respectivas áreas, colaboraron con asesores y revisores bajo la dirección general del Grupo de Trabajo del DSM-5 para redactar los criterios de diagnóstico y el texto adjunto. Este esfuerzo fue apoyado por un equipo de personal de la División de Investigación de la APA y desarrollado a través de una red de coordinadores de textos de cada grupo de trabajo.
La preparación del texto fue coordinada por el editor de texto, trabajando en estrecha colaboración.

Machine Translated by Google

con los grupos de trabajo y bajo la dirección de los presidentes del grupo de trabajo. El Comité de Revisión Científica (SRC) se estableció para proporcionar un proceso de revisión científica por pares externo al de los grupos de trabajo. El presidente, el vicepresidente y seis miembros del comité del SRC fueron encargados de revisar el grado en que los cambios propuestos del DSM-IV podrían estar respaldados con evidencia científica. Cada propuesta de revisión diagnóstica requirió un memorando de evidencia para el cambio preparado por el grupo de trabajo y acompañado de un resumen de datos de respaldo organizados en torno a validadores para los criterios de diagnóstico propuestos (es decir, validadores de antecedentes como la agregación familiar, validadores concurrentes como los marcadores biológicos, y validadores potenciales como la respuesta al tratamiento o el curso de la enfermedad). Las presentaciones fueron revisadas por el SRC y calificadas de acuerdo con la solidez de los datos científicos que las respaldan. Otras justificaciones para el cambio, como las que surgen de la experiencia o necesidad clínica o de un replanteamiento conceptual de las categorías diagnósticas, generalmente se consideraban fuera del ámbito del SRC. Las puntuaciones de los revisores, que variaron sustancialmente entre las diferentes propuestas, y un breve comentario adjunto, fueron luego devueltas a la Junta Directiva de la APA y a los grupos de trabajo para su consideración y respuesta.

El Comité Clínico y de Salud Pública (CPHC), compuesto por un presidente, un vicepresidente y seis miembros, fue designado para considerar cuestiones adicionales de utilidad clínica, salud pública y aclaración lógica para los criterios que aún no habían acumulado el tipo o nivel de evidencia considerada suficiente para el cambio por parte del SRC. Este proceso de revisión fue particularmente importante para los trastornos del DSM-IV con deficiencias conocidas para los cuales los remedios propuestos no habían sido considerados previamente en el proceso de revisión del DSM ni habían sido sujetos a estudios de investigación replicados. Estos trastornos seleccionados fueron evaluados por cuatro o cinco revisores externos, y los miembros de CPHC revisaron los resultados ciegos, quienes a su vez hicieron recomendaciones a la Junta Directiva de la APA y a los grupos de trabajo.

Los miembros del Consejo de Psiquiatría y Derecho de la APA llevaron a cabo revisiones forenses de los criterios de diagnóstico y los textos para detectar trastornos que aparecen con frecuencia en entornos forenses y aquellos con un alto potencial para influir en los juicios civiles y penales en los tribunales.
Los grupos de trabajo también agregaron expertos forenses como asesores en áreas pertinentes para complementar la experiencia proporcionada por el Consejo de Psiquiatría y Derecho.

Luego se proporcionó una recomendación final del grupo de trabajo al Comité de la Asamblea de la APA sobre el DSM-5 para considerar algunas de las características de utilidad clínica y viabilidad de las revisiones propuestas. La Asamblea es un órgano deliberante de la APA que representa a las ramas del distrito y a una membresía más amplia que está compuesta por psiquiatras de todo Estados Unidos que brindan diversidad geográfica, de tamaño de práctica y basada en intereses. El Comité del DSM-5 estaba compuesto por un grupo diverso de líderes de la Asamblea.

Después de los pasos de revisión anteriores, se llevaron a cabo sesiones ejecutivas del “comité cumbre” para consolidar los aportes de la revisión, incluidos los presidentes de los comités de la Asamblea, los presidentes del grupo de trabajo, un asesor forense y un asesor estadístico, para una revisión preliminar de cada trastorno por parte de la Asamblea y la APA. Comisiones ejecutivas del Patronato. Esto precedió a una revisión preliminar por parte de la Junta Directiva de la APA en pleno. La Asamblea votó, en noviembre de 2012, para recomendar que la Junta aprobara la publicación del DSM-5, y la Junta de la APA

de Fideicomisarios aprobó su publicación en diciembre de 2012. Los numerosos expertos, revisores y

Machine Translated by Google

Los asesores que contribuyeron a este proceso se enumeran en el Apéndice.

Revisiones del DSM-5

Proceso de revisión iterativa del DSM-5

Los avances en la publicación digital que permiten la difusión oportuna de los cambios han allanado el camino para que la Asociación Estadounidense de Psiquiatría adopte un modelo de mejora iterativo para el DSM, en el que las revisiones están vinculadas a avances científicos específicos. El Comité Directivo del DSM (análogo al Grupo de Trabajo del DSM-5) fue nombrado en la primavera de 2014, con Paul S. Appelbaum, MD, como presidente y Ellen Leibenluft, MD, y Kenneth Kendler, MD, como vicepresidentes, para supervisar el proceso iterativo. proceso de revisión, junto con el establecimiento de un portal web (www.dsm5.org) presentar propuestas de forma continua. Los cambios propuestos pueden incluir la adición de nuevos trastornos y la eliminación o modificación de conjuntos de criterios de diagnóstico en las Secciones II y III del DSM-5, así como cambios en el texto. Los envíos deben ir acompañados de información de respaldo en un formato estructurado, incluidos los motivos del cambio, la magnitud del cambio, datos que documenten las mejoras en la validez en una variedad de validadores, evidencia de confiabilidad y utilidad clínica, y consideración de las consecuencias nocivas actuales o potenciales. asociados con el cambio propuesto.

Los enfoques para validar los criterios de diagnóstico para los trastornos mentales categóricos han incluido los siguientes tipos de evidencia: validadores de antecedentes (marcadores genéticos, rasgos familiares, temperamento y exposición ambiental similares), validadores concurrentes (sustratos neuronales, biomarcadores, procesamiento emocional y cognitivo similares y análisis de síntomas). similitud) y validadores predictivos (curso clínico y respuesta al tratamiento similares). Se adoptan nuevos criterios para los trastornos actuales si producen mejoras en algunas de estas clases de validadores. Además, se agregan nuevos trastornos al DSM si un subconjunto sustancial de estos validadores demuestra que son válidos, además de cumplir con los criterios de un trastorno mental y demostrar utilidad clínica.

Las propuestas enviadas al portal web de DSM se someten a una revisión inicial por parte del Comité Directivo para determinar si la evidencia de la propuesta, a primera vista, parece sustancialmente probable que cumpla con los criterios para su aprobación. De ser así, la propuesta se remite a uno de los cinco Comités de Revisión permanentes (funcionalmente análogos a los Grupos de Trabajo del DSM), que cubren amplios dominios del diagnóstico psiquiátrico. Al recibir una propuesta del Comité Directivo, el Comité de Revisión asignado considera la evidencia que respalda el cambio propuesto, solicita información adicional si es necesario y devuelve la propuesta al Comité Directivo con recomendaciones para su disposición y, en algunos casos, modificaciones sugeridas. . Si el Comité Directivo coincide en que parece existir suficiente evidencia que respalda la propuesta, la revisión propuesta se publica en el sitio web del DSM-5 para comentarios públicos. La etapa final implica hacer los ajustes necesarios basados en los comentarios y luego enviar la versión final a la Asamblea de la APA y a la Junta Directiva para su aprobación. Una vez aprobada, la versión en línea del manual (ver https://psychiatryonline.org) se actualiza para reflejar los cambios. Todos los cambios que se han aprobado desde la publicación del DSM-5 en 2013 se incluyen en el DSM-5-TR.

Proceso de revisión del texto del DSM-5

En la primavera de 2019, la APA comenzó a trabajar en el DSM-5-TR, con Michael B. First, MD, y Philip Wang, MD, Dr.PH, como copresidentes del Subcomité de Revisión y Wilson M. Compton, MD, y Daniel.

Machine Translated by Google

S. Pine, MD, como vicepresidentes del Subcomité de Revisión. El esfuerzo de desarrollo del DSM-5-TR involucró a más de 200 expertos (la mayoría de los cuales participaron en el desarrollo del DSM-5), a quienes se les asignó la tarea de realizar revisiones de la literatura que cubren los últimos 10 años y revisar el texto para identificar -Material actualizado. Una revisión de

Los conflictos de intereses para todos los cambios propuestos al texto se llevaron a cabo para eliminar cualquier posible compromiso de la objetividad del contenido. Reflejando la estructura del proceso del DSM-5, los expertos se dividieron en 20 grupos de revisión de trastornos, cada uno encabezado por un editor de sección. Cuatro grupos de revisión transversales (Cultura, Sexo y Género, Suicidio y Forense) revisaron todos los capítulos, centrándose en el material relacionado con sus conocimientos específicos. El texto también fue revisado por un grupo de trabajo sobre Equidad e Inclusión Etnorracial para garantizar la atención adecuada a factores de riesgo como el racismo y la discriminación y el uso de un lenguaje no estigmatizante. Aunque el alcance de la revisión del texto no incluyó cambios conceptuales a los conjuntos de criterios, algunas aclaraciones necesarias a ciertos criterios de diagnóstico se hicieron evidentes durante la revisión del texto. Las propuestas de cambios en los criterios de diagnóstico o definiciones de especificadores que fueron resultado del proceso de revisión del texto fueron revisadas y aprobadas por el Comité Directivo del DSM, así como por la Asamblea y la Junta Directiva de la APA, como parte del proceso de revisión iterativa del DSM-5 descrito. en el apartado anterior.

Cambios en la estructura organizativa del DSM-5

El DSM es una clasificación médica de trastornos y, como tal, sirve como un esquema cognitivo históricamente determinado que se impone a la información clínica y científica para aumentar su comprensibilidad y utilidad. La clasificación de los trastornos (la forma en que se agrupan los trastornos) proporciona una organización de alto nivel para el manual.

Reagrupación de trastornos en el DSM-5 Los miembros del

grupo de estudio de espectros de diagnóstico del DSM-5 examinaron si los validadores científicos podrían informar posibles nuevas agrupaciones de trastornos relacionados dentro del marco categórico existente. El grupo de estudio recomendó once de estos indicadores para este propósito (es decir, su capacidad para separar significativamente grupos de enfermedades psiquiátricas entre sí): sustratos neuronales, rasgos familiares, factores de riesgo genéticos, factores de riesgo ambientales específicos, biomarcadores, antecedentes temperamentales, anomalías. del procesamiento emocional o cognitivo, similitud de síntomas, curso de la enfermedad, alta comorbilidad y respuesta compartida al tratamiento. Estos indicadores sirvieron al grupo de estudio como pautas empíricas para informar la toma de decisiones de los grupos de trabajo y el grupo de trabajo sobre cómo agrupar los trastornos para maximizar su validez y utilidad clínica (es decir, cuanto más probable es que los trastornos compartan estos validadores, más probable es que estarían en el mismo grupo de diagnóstico).

Se desarrolló y publicó una serie de artículos en una destacada revista internacional (Psychological Medicine, Vol. 39, 2009) como parte de los procesos de desarrollo del DSM-5 y de la CIE-11 para documentar que dichos validadores eran más útiles para sugerir grandes

Machine Translated by Google

agrupaciones de trastornos, así como para “validar” los cambios propuestos a los criterios de diagnóstico.

Cuando la APA y la OMS comenzaron a planificar sus respectivas revisiones del DSM y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), ambas consideraron la posibilidad de mejorar la utilidad clínica (por ejemplo, ayudando a explicar la comorbilidad aparente) y facilitar la investigación científica repensando las estructuras organizativas. de ambas publicaciones. Tanto para el Grupo de Trabajo del DSM-5 como para el Grupo Asesor Internacional de la OMS sobre la revisión de la Sección sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento de la CIE-10 era fundamental que las revisiones de la organización mejoraran la utilidad clínica y se mantuvieran dentro de los límites de las normas bien replicadas.

información científica. En ese espíritu, la revisión de la estructura organizacional se abordó como una reforma de diagnóstico evolutiva y conservadora que se guiaría por la evidencia científica emergente sobre las relaciones entre los grupos de trastornos. Al reordenar y reagrupar los trastornos existentes, la estructura revisada pretende estimular nuevas perspectivas clínicas y alentar a los investigadores a identificar los factores psicológicos y fisiológicos transversales que no están sujetos a designaciones categóricas estrictas.

Al principio del curso de las revisiones, se hizo evidente que una estructura organizativa compartida ayudaría a armonizar las clasificaciones. Para sorpresa de los participantes en ambos procesos de revisión, grandes secciones del contenido encajaron con relativa facilidad, lo que refleja fortalezas reales en algunas áreas de la literatura científica, como la epidemiología, los análisis de comorbilidad, los estudios de gemelos y algunos otros diseños genéticamente informados. Cuando surgieron disparidades, casi siempre reflejaron la necesidad de emitir un juicio sobre dónde ubicar un trastorno frente a datos incompletos o, más a menudo, contradictorios. Así, por ejemplo, sobre la base de patrones de síntomas, comorbilidad y factores de riesgo compartidos, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se colocó dentro del capítulo del DSM-5 “Trastornos del neurodesarrollo”, aunque los mismos datos también respaldaron argumentos sólidos. colocar el TDAH dentro del capítulo “Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta”. Estas cuestiones se resolvieron con la preponderancia de la evidencia que respalda su inclusión en el capítulo "Trastornos del neurodesarrollo" del DSM-5.

La organización de los capítulos del DSM-5 después de los trastornos del desarrollo neurológico se basa en grupos de trastornos internalizantes (es decir, trastornos con síntomas prominentes de ansiedad, depresión y somáticos), trastornos externalizados (es decir, trastornos con conducta impulsiva, disruptiva y uso de sustancias prominentes). síntomas), trastornos neurocognitivos y otros trastornos. Se espera que esta organización fomente más estudios de los procesos fisiopatológicos subyacentes que dan lugar a comorbilidad diagnóstica y heterogeneidad de síntomas. Además, al organizar los grupos de trastornos para reflejar la realidad clínica, el DSM-5 debería facilitar la identificación de diagnósticos potenciales por parte de especialistas no relacionados con la salud mental, como los médicos de atención primaria.

A pesar del problema que plantean los diagnósticos categóricos, el Grupo de Trabajo del DSM-5 reconoció que habría sido científicamente prematuro proponer definiciones dimensionales alternativas para la mayoría de los trastornos. La estructura organizacional está destinada a servir como puente hacia nuevos enfoques de diagnóstico sin interrumpir la práctica clínica o la investigación actuales. Se prevé que el enfoque y la estructura organizativa más dimensionales del DSM-5 facilitarán la investigación en las categorías de diagnóstico actuales al fomentar investigaciones amplias dentro de los capítulos propuestos y en los capítulos adyacentes. Dicha investigación también debería mantener al DSM-5 central para el desarrollo de enfoques dimensionales del diagnóstico que probablemente complementarán o reemplazarán las categorías categóricas actuales.

Machine Translated by Google

enfoques en los próximos años.

Combinación de consideraciones sobre el desarrollo y la duración de la vida Para mejorar la utilidad clínica, el DSM-5 está organizado según las trayectorias del desarrollo y la duración de la vida. Comienza con diagnósticos que se cree reflejan procesos de desarrollo que se manifiestan temprano en la vida (p. ej., trastornos del desarrollo neurológico y del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), seguidos de diagnósticos que se manifiestan más comúnmente en la adolescencia y la edad adulta temprana (p. ej., trastornos bipolares y relacionados, trastornos depresivos). y trastornos de ansiedad) y termina con diagnósticos relevantes para la edad adulta y la vida posterior (p. ej., trastornos neurocognitivos). En la medida de lo posible, se ha adoptado un enfoque similar dentro de cada capítulo. Esta estructura organizacional facilita el uso integral de la información sobre la duración de la vida como una forma de ayudar en la toma de decisiones de diagnóstico.

Armonización con la CIE-11

Los grupos encargados de revisar los sistemas DSM y ICD compartieron el objetivo general de armonizar las dos clasificaciones tanto como sea posible, por las siguientes razones:

- La existencia de dos clasificaciones principales de trastornos mentales dificulta la recopilación y el uso de estadísticas de salud nacionales, el diseño de ensayos clínicos destinados a desarrollar nuevos tratamientos y la consideración de la aplicabilidad global de los resultados por parte de las agencias reguladoras internacionales.
- En términos más generales, la existencia de dos clasificaciones complica los intentos de replicar los resultados científicos en todos los países. límites.
- Incluso cuando la intención era identificar poblaciones de pacientes idénticas, los diagnósticos del DSM-IV y la CIE-10 no siempre coincidieron.

Como se analizó anteriormente en esta introducción, el esfuerzo por armonizar con la CIE-11 se limitó a la armonización, en gran medida exitosa, de la estructura organizacional. Debido a diferencias en el momento, no fue posible una armonización completa de los criterios de diagnóstico del DSM-5 con las definiciones de trastorno de la CIE-11 porque el esfuerzo de desarrollo del DSM-5 se adelantó varios años al proceso de revisión de la CIE-11. En consecuencia, los criterios de diagnóstico del DSM-5 se finalizaron justo cuando los grupos de trabajo de la CIE-11 comenzaban a desarrollar las descripciones clínicas y las pautas de diagnóstico de la CIE-11. Aún se lograron algunas mejoras en la armonización a nivel de desorden; Muchos miembros del grupo de trabajo de la CIE-11 habían participado en el desarrollo de los criterios de diagnóstico del DSM-5, y los grupos de trabajo de la CIE-11 recibieron instrucciones de revisar los conjuntos de criterios del DSM-5 y esforzarse por hacer que las pautas de diagnóstico de la CIE-11 fueran similares a DSM-5 como sea posible a menos que hubiera una razón considerada para que difieran. Una revisión que comparó las diferencias del DSM-5/CIE-11 con las diferencias del DSM-IV/CIE-10 encontró que la CIE y el DSM están ahora más cerca que en cualquier otro momento desde el DSM-II y la CIE-8 y que las diferencias actuales se basan en gran medida en diferentes prioridades. y usos de los dos sistemas de diagnóstico y en las diferentes interpretaciones de la evidencia.

Aunque el uso de la CIE-11 fue aprobado oficialmente por los países miembros de la OMS durante la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019 y entró oficialmente en vigor el 1 de enero de 2022, cada país elige cuándo adoptar la CIE-11. Actualmente no existe un cronograma propuesto para la implementación de la CIE-11 en los Estados Unidos. En consecuencia, en el futuro previsible

Machine Translated by Google

El sistema de codificación oficial en los Estados Unidos sigue siendo la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, Modificación Clínica (ICD-10-CM).

Marcos conceptuales y enfoques clave

Definición de un trastorno mental

Cada trastorno identificado en la Sección II del manual (excluidos los de los capítulos “Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos” y “Otras afecciones que pueden ser un foco de atención clínica”) debe cumplir con la definición de trastorno mental. . Aunque ninguna definición puede captar todos los aspectos de la gama de trastornos contenidos en el DSM-5, se requieren los siguientes elementos:

> Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo subyacentes al funcionamiento mental. Los trastornos mentales suelen estar asociados con angustia o discapacidad significativas en actividades sociales, ocupacionales u otras actividades importantes. Una respuesta esperable o culturalmente aprobada ante un factor estresante o una pérdida común, como la muerte de un ser querido, no es un trastorno mental. El comportamiento socialmente desviado (p. ej., político, religioso o sexual) y los conflictos que ocurren principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales a menos que la desviación o el conflicto resulten de una disfunción en el individuo, como se describió anteriormente.

El diagnóstico de un trastorno mental debería tener utilidad clínica: debería ayudar a los médicos a determinar el pronóstico, los planes de tratamiento y los posibles resultados del tratamiento para sus pacientes. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno mental no equivale a la necesidad de tratamiento. La necesidad de tratamiento es una decisión clínica compleja que toma en consideración la gravedad de los síntomas, la prominencia de los síntomas (p. ej., la presencia de pensamientos suicidas), la angustia del individuo (dolor mental) asociada con los síntomas, la discapacidad relacionada con los síntomas del individuo, los riesgos y beneficios de los tratamientos disponibles, y otros factores (p. ej., síntomas psiquiátricos que complican otras enfermedades). Por lo tanto, los médicos pueden encontrarse con personas cuyos síntomas no cumplen todos los criterios de un trastorno mental pero que demuestran una clara necesidad de tratamiento o atención. El hecho de que algunas personas no presenten todos los síntomas indicativos de un diagnóstico no debe utilizarse para justificar la limitación de su acceso a una atención adecuada.

Cabe señalar que la definición de trastorno mental se desarrolló con fines clínicos, de salud pública y de investigación. Generalmente se requiere información adicional más allá de la contenida en los criterios de diagnóstico del DSM-5 para poder emitir juicios legales sobre cuestiones tales como responsabilidad penal, elegibilidad para compensación por discapacidad y competencia (consulte “Declaración de precaución para el uso forense del DSM-5” en la página 1). conclusión de la Sección I).

Machine Translated by Google

Enfoques categóricos y dimensionales del diagnóstico Tanto en la práctica clínica como en la investigación han surgido problemas estructurales arraigados en el diseño categórico del DSM. La evidencia relevante de tales problemas incluye altas tasas de comorbilidad entre trastornos, heterogeneidad de síntomas dentro de los trastornos y la necesidad sustancial de otros diagnósticos específicos y no especificados para clasificar el número sustancial de presentaciones clínicas que no cumplen con los criterios para ninguno de los trastornos específicos del DSM. Los estudios de factores de riesgo tanto genéticos como ambientales, ya sea que se basen en diseños de gemelos, transmisión familiar o análisis moleculares, también han planteado dudas sobre si un enfoque categórico es la forma óptima de estructurar el sistema DSM.

Existe un amplio reconocimiento de que un sistema categórico demasiado rígido no capta la experiencia clínica ni las observaciones científicas importantes. Los resultados de numerosos estudios sobre comorbilidad y transmisión de enfermedades en familias, incluidos estudios de gemelos y estudios de genética molecular, constituyen argumentos sólidos a favor de lo que muchos médicos astutos han observado desde hace mucho tiempo: los límites entre muchas “categorías” de trastornos son más fluidos a lo largo del curso de la vida que antes. Se han reconocido y muchos síntomas que constituyen las características esenciales de un trastorno particular pueden ocurrir, con distintos niveles de gravedad, en muchos otros trastornos.

Un enfoque dimensional clasifica las presentaciones clínicas sobre la base de la cuantificación de atributos en lugar de la asignación de categorías y funciona mejor para describir fenómenos que se distribuyen continuamente y que no tienen límites claros. Aunque los sistemas dimensionales aumentan la confiabilidad y comunican más información clínica

(porque informan atributos clínicos que podrían estar por debajo del umbral en un sistema categórico), también tienen serias limitaciones y, hasta ahora, han sido menos útiles que los sistemas categóricos en la práctica clínica. Las descripciones dimensionales numéricas son mucho menos familiares y vívidas que los nombres de las categorías de los trastornos mentales. Además, hasta el momento no hay acuerdo sobre la elección de las dimensiones óptimas que se utilizarán a efectos de clasificación. No obstante, con la creciente investigación y familiaridad con los sistemas dimensionales y el establecimiento de puntos de corte clínicamente significativos para guiar las decisiones de tratamiento, es probable que eventualmente haya una mayor aceptación de los enfoques dimensionales como método para transmitir información clínica y como herramienta de investigación.

Por razones tanto de utilidad clínica como de compatibilidad con la clasificación categórica de la CIE requerida para la codificación, el DSM-5 sigue siendo una clasificación principalmente categórica con elementos dimensionales que divide los trastornos mentales en tipos basados en conjuntos de criterios con características definitorias. A pesar del marco categórico, es importante reconocer que en el DSM-5 no se supone que cada categoría de trastorno mental sea una entidad completamente discreta con límites absolutos que la separan de otros trastornos mentales o de ningún trastorno mental. Tampoco se supone que todos los individuos descritos con el mismo trastorno mental sean similares en todos los aspectos importantes. Por lo tanto, el médico que utiliza el DSM-5 debe considerar que es probable que los individuos que comparten un diagnóstico sean heterogéneos incluso en lo que respecta a las características definitorias del diagnóstico y que los casos límite serán difíciles de diagnosticar salvo de forma probabilística. Esta perspectiva permite una mayor flexibilidad en el uso del sistema, fomenta una atención más específica a los casos límite y enfatiza la necesidad de capturar información clínica adicional que va

Machine Translated by Google

más allá del diagnóstico.

Medidas transversales de síntomas Dado que las patologías psiquiátricas

no son confiablemente discretas con límites claros entre sí, los médicos deben cambiar su enfoque de evaluación y mirar más allá de las presentaciones prototípicas que coinciden claramente con las categorías del DSM. Para ayudar con esa transición, la Sección III, “Medidas y modelos emergentes”, proporciona la Medida transversal de síntomas de nivel 1 del DSM-5, desarrollada para ayudar a los médicos a evaluar todas las áreas principales del funcionamiento psiquiátrico (p. ej., estado de ánimo, psicosis, cognición, personalidad). , sueño) y descubrir más a fondo posibles trastornos, presentaciones atípicas, condiciones subsindrómicas y patologías coexistentes. Así como la revisión de sistemas realizada en medicina general actúa como un inventario diseñado para llamar la atención sobre síntomas o signos que de otro modo podrían haberse pasado por alto, la Medida de Síntomas Transversales de Nivel 1 del DSM-5 actúa como una revisión de los sistemas mentales, destinada a ayudar a los médicos a identificar mejor los trastornos y síntomas latentes que necesitan una evaluación más detallada (y potencialmente necesitan tratamiento). La medida transversal de síntomas de nivel 1 del DSM-5 se recomienda como un componente importante de la evaluación psiquiátrica de personas que acuden a atención psiquiátrica, y las Directrices de práctica para la evaluación psiquiátrica de adultos de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría respaldan su uso como primer paso para identificar y abordar la heterogeneidad de los síntomas entre las categorías de diagnóstico. Las versiones calificadas por uno mismo, por los padres/tutores y por los niños (de 11 a 17 años) de la Medida transversal de síntomas de nivel 1 del DSM-5 están disponibles en línea sin costo para uso clínico en www.psychiatry.org/dsm5.

Eliminación del sistema multiaxial del DSM-IV El DSM-IV ofrecía un sistema multiaxial

de registro de diagnósticos que implicaba una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales se refería a un dominio de información diferente. El DSM-5 ha pasado a una documentación de diagnóstico no axial. Los trastornos y afecciones anteriormente enumerados en el Eje I (trastornos clínicos), el Eje II (trastornos de la personalidad y trastornos del desarrollo intelectual) y el Eje III (otras afecciones médicas) se enumeran juntos sin diferenciación formal, generalmente en orden de importancia clínica. Psicosocial y

Los factores contextuales (anteriormente enumerados en el Eje IV) se enumeran junto con los diagnósticos y afecciones utilizando códigos Z en el capítulo "Otras afecciones que pueden ser un foco de atención clínica".
El Eje V del DSM-IV consistía en la escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF), que representa el juicio del médico sobre el nivel general del individuo de "funcionamiento en un continuo hipotético de salud mental-enfermedad". Esta escala ha sido sustituida por el Calendario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHODAS), que se incluye en la Sección III del DSM-5 (ver el capítulo “Medidas de Evaluación”). El WHODAS se basa en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para su uso en todos los sectores de la medicina y la atención sanitaria.

Cuestiones estructurales culturales y sociales

Machine Translated by Google

Los trastornos mentales son definidos y reconocidos por los médicos y otras personas en el contexto de las normas y valores socioculturales y comunitarios locales. Los contextos culturales dan forma a la experiencia y expresión de los síntomas, signos, conductas y umbrales de gravedad que constituyen criterios para el diagnóstico. Los contextos socioculturales también moldean aspectos de la identidad (como el origen étnico o la raza) que confieren posiciones sociales específicas y exponen de manera diferencial a los individuos a los determinantes sociales de la salud, incluida la salud mental. Estos elementos culturales se transmiten, revisan y recrean dentro de las familias, comunidades y otros sistemas e instituciones sociales y cambian con el tiempo. La evaluación diagnóstica debe incluir cómo las experiencias, los síntomas y los comportamientos de un individuo difieren de las normas socioculturales relevantes y conducen a dificultades de adaptación en su contexto de vida actual. Los médicos también deben tener en cuenta cómo las presentaciones clínicas de los individuos se ven influenciadas por su posición dentro de las estructuras y jerarquías sociales que moldean la exposición a la adversidad y el acceso a los recursos. En el desarrollo del DSM-5-TR se han considerado cuidadosamente aspectos clave del contexto sociocultural relevantes para la clasificación y evaluación diagnóstica.

Impacto de las normas y prácticas culturales

Los límites entre normalidad y patología varían según los contextos culturales para tipos específicos de conductas. Los umbrales de tolerancia para síntomas o comportamientos específicos difieren según los contextos culturales, entornos sociales y familias. Por tanto, el nivel en el que una experiencia se vuelve problemática o se percibe como patológica será diferente. El juicio de que una determinada conducta, experiencia o preocupación requiere atención clínica depende de normas culturales internalizadas por el individuo y aplicadas por quienes lo rodean, incluidos familiares y médicos. Para evaluar con precisión los posibles signos y síntomas de psicopatología, los médicos deben considerar de forma rutinaria el impacto de los significados, identidades y prácticas culturales en las causas y el curso de la enfermedad, por ejemplo, a través de cualquiera de los siguientes factores: niveles de vulnerabilidad y mecanismos de vulnerabilidad específicos. trastornos (p. ej., amplificando los miedos que mantienen el trastorno de pánico o la ansiedad por la salud); estigma social y apoyo generado por las respuestas familiares y comunitarias a las enfermedades mentales; estrategias de afrontamiento que mejoren la resiliencia en respuesta a enfermedades o vías de búsqueda de ayuda para acceder a atención médica de diversos tipos, incluidos tratamientos alternativos y complementarios; y aceptación o rechazo de un diagnóstico y adherencia a tratamientos, afectando el curso de la enfermedad y la recuperación. Los contextos culturales también afectan la realización del encuentro clínico, incluida la entrevista diagnóstica. Las diferencias culturales entre el médico/los miembros del equipo de tratamiento y el individuo tienen implicaciones para la precisión y aceptación del diagnóstico, así como para las decisiones de tratamiento, las consideraciones pronósticas y los resultados clínicos.

Conceptos culturales de angustia

Históricamente, el constructo del síndrome ligado a la cultura fue un foco de trabajo en fenomenología descriptiva en psiquiatría y psicología culturales. Desde el DSM-5, este constructo ha sido sustituido por tres conceptos que ofrecen mayor utilidad clínica:

1. El modismo cultural de angustia se refiere a un comportamiento o término lingüístico, frase o forma de hablar sobre síntomas, problemas o sufrimiento entre individuos con antecedentes culturales similares para expresar o comunicar características esenciales de la angustia (por ejemplo, decir: “Me siento tan "deprimido" para expresar mal humor o desánimo que no alcanza el umbral de depresión mayor.

Machine Translated by Google

trastorno). Un lenguaje de angustia no tiene por qué estar asociado con síntomas, síndromes o causas percibidas específicas. Puede usarse para transmitir una amplia gama de malestares, incluidas preocupaciones cotidianas, afecciones subclínicas o sufrimiento debido a circunstancias sociales más que a trastornos mentales. Por ejemplo, la mayoría de los grupos culturales tienen expresiones corporales comunes de angustia que se utilizan para expresar una amplia gama de sufrimientos y preocupaciones.

2. Explicación cultural o causa percibida se refiere a una etiqueta, atribución o característica de un modelo explicativo que proporciona un concepto culturalmente coherente de etiología o causa de síntomas, enfermedades o angustia (p. ej., la atribución de psicopatología al "estrés", espíritus , o incumplimiento de prácticas culturalmente prescritas). Las explicaciones causales pueden ser características destacadas de las clasificaciones locales de enfermedades utilizadas por legos o curanderos.
3. El síndrome cultural se refiere a un conjunto o grupo de síntomas distintivos concurrentes que se encuentran en grupos, comunidades o contextos culturales específicos (p. ej. , ataque de nervios).
   El síndrome puede o no ser reconocido como una enfermedad en el contexto cultural local (es decir, puede ser etiquetado de maneras no médicas), pero tales patrones culturales de angustia y características de la enfermedad pueden, no obstante, ser reconocibles por un observador externo.

Estos tres conceptos (cuya discusión y ejemplos se proporcionan en el capítulo de la Sección III, “Cultura y diagnóstico psiquiátrico”) sugieren formas culturales de comprender y describir experiencias de angustia o enfermedad que pueden surgir en el encuentro clínico. Influyen en la sintomatología, la búsqueda de ayuda, las presentaciones clínicas, las expectativas de tratamiento, la adaptación a la enfermedad y la respuesta al tratamiento. El mismo término cultural a menudo cumple más de una de estas funciones y su uso puede cambiar con el tiempo. Por ejemplo, "depresión" nombra un síndrome, pero también se ha convertido en un lenguaje común de angustia.

Impacto del racismo y la discriminación en el diagnóstico psiquiátrico

El trabajo clínico y la investigación en psiquiatría se ven profundamente afectados por las construcciones sociales y culturales de raza y etnia. La raza es una construcción social, no biológica. Se utiliza para dividir a las personas en grupos según rasgos físicos superficiales, como el color de la piel. Aunque no existe una base biológica para el concepto de raza, las prácticas discriminatorias basadas en la raza tienen efectos profundos en la salud física y mental.

El proceso social mediante el cual se construyen categorías específicas de identidad sobre la base de ideologías y prácticas raciales se denomina racialización. Las identidades racializadas son importantes porque están fuertemente asociadas con sistemas de discriminación, marginación y exclusión social. Otros aspectos de la identidad, incluidos el origen étnico, el género, el idioma, la religión y la orientación sexual, también pueden ser foco de prejuicios o estereotipos que pueden afectar el proceso de diagnóstico.
evaluación.

El racismo existe a nivel personal, interpersonal, sistémico/institucional y social estructural.
A nivel personal, el racismo da lugar a estereotipos internalizados y experiencias de amenaza, devaluación, abandono e injusticia que afectan la salud y el bienestar de las personas. A nivel interpersonal, el racismo incluye no sólo comportamientos explícitos sino también microagresiones, que son desaires y ofensas cotidianas que comunican actitudes negativas hacia grupos estigmatizados específicos, con consecuencias estresantes y traumatizantes. El racismo sistémico/institucional se refiere a las formas en que la discriminación está arraigada en las prácticas cotidianas de las instituciones u organizaciones, incluidas la atención médica y la psiquiatría. El racismo sistémico puede no expresarse en ideologías raciales abiertas, pero puede mantenerse mediante

Machine Translated by Google

Sesgos, hábitos, rutinas y prácticas implícitos y no intencionales que resultan en falta de reconocimiento e inequidad. Como resultado, las personas pueden participar y contribuir inadvertidamente al racismo sistémico sin respaldar conscientemente ideas racistas. El concepto de racismo social estructural enfatiza las formas en que el racismo y la discriminación se manifiestan en la organización y las normas de la sociedad y las políticas públicas con desigualdades generalizadas en los recursos económicos, el poder y los privilegios que impactan la exposición a riesgos para la salud y el acceso a la atención médica. La violencia estructural y la opresión del racismo tienen consecuencias físicas, psicológicas y sociales, incluidos efectos negativos en la salud mental.

El racismo es un determinante social importante de la salud que contribuye a una amplia variedad de resultados adversos para la salud, incluida la hipertensión, el comportamiento suicida y el trastorno de estrés postraumático, y puede predisponer a las personas al uso de sustancias, trastornos del estado de ánimo y psicosis.
Los estereotipos y actitudes raciales negativos afectan el desarrollo psicológico y el bienestar de los grupos racializados. Otras consecuencias adversas de la discriminación incluyen el acceso desigual a la atención y el sesgo de los médicos en el diagnóstico y el tratamiento; por ejemplo, diagnóstico erróneo de esquizofrenia entre afroamericanos que presentan trastornos del estado de ánimo y otras afecciones, vías de atención más coercitivas, menos tiempo en tratamiento ambulatorio y uso más frecuente de restricciones físicas y tratamientos subóptimos. Los médicos deben hacer esfuerzos activos para reconocer y abordar todas las formas de racismo, prejuicios y estereotipos en la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento clínicos.

Atención a la cultura, el racismo y la discriminación en el DSM-5-TR Durante el proceso de revisión del DSM-5-TR, se han tomado medidas para abordar el impacto de la cultura, el racismo y la discriminación en el diagnóstico psiquiátrico en el texto de los capítulos sobre trastornos. Un Comité de Revisión Transversal sobre Cuestiones Culturales, compuesto por 19 expertos internacionales y con sede en EE. UU. en psiquiatría, psicología y antropología cultural, revisó los textos en busca de influencias culturales en las características de los trastornos, incorporando información relevante en las secciones sobre cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura. . Un grupo de trabajo independiente sobre equidad e inclusión etnorracial, compuesto por 10 profesionales de la salud mental de diversos orígenes étnicos y raciales con experiencia en prácticas de reducción de disparidades, revisó las referencias a la raza, el origen étnico y conceptos relacionados para evitar perpetuar estereotipos o incluir información clínica discriminatoria.

El DSM-5-TR apuesta por el uso de un lenguaje que desafíe la visión de que las razas son entidades discretas y naturales. El texto utiliza terminología como racializado en lugar de racial para resaltar la naturaleza socialmente construida de la raza. Cuando se utiliza el término etnorracial en el texto, denota las categorías del censo de EE. UU., como hispano, blanco o afroamericano, que combinan identificadores étnicos y racializados. El término emergente Latinx (singular y plural) se utiliza en lugar de Latino/a para promover una terminología que incluya el género. El término caucásico no se utiliza porque se basa en puntos de vista obsoletos y erróneos sobre el origen geográfico de una etnia prototípica paneuropea. Se evitan los términos minoría y no blanco porque describen grupos sociales en relación con una “mayoría” racializada, una práctica que tiende a perpetuar las jerarquías sociales.

Sin embargo, cuando es necesario para mayor claridad al informar información epidemiológica o de otro tipo basada en estudios específicos, el texto utiliza las etiquetas de grupo de los estudios relevantes. El término cultura no se utiliza para referirse a un grupo social diferenciado (por ejemplo, “la prevalencia difiere entre culturas”) sino más bien para indicar la heterogeneidad de puntos de vista y prácticas culturales dentro de las sociedades; en su lugar se prefieren los términos contextos culturales o antecedentes culturales .

Machine Translated by Google

Se revisaron las secciones sobre prevalencia de cada trastorno para garantizar que los hallazgos se presenten con una referencia clara a las áreas geográficas o grupos sociales incluidos en la recopilación de datos (p. ej., “en la población general de EE. UU.”); esto evita generalizar demasiado los hallazgos a comunidades aún no estudiadas. Se incluyeron datos de prevalencia sobre grupos etnoraciales específicos cuando las investigaciones existentes documentaron estimaciones confiables basadas en datos representativos.

muestras. Al grupo de trabajo le preocupaba que los datos de muestras no representativas pudieran ser engañosos. Esto explica la inclusión limitada de datos sobre ciertos grupos etnoraciales, en particular los nativos americanos. Existe una necesidad urgente de realizar investigaciones sobre este y otros grupos importantes.
Las estimaciones de prevalencia también dependen de la ausencia de sesgo de evaluación; el texto indica cuándo se necesita más investigación para garantizar la exactitud de los datos disponibles. Se anima a los usuarios a leer las secciones sobre cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura para contextualizar las secciones sobre prevalencia.

Diferencias de sexo y género

Las diferencias de sexo y género en relación con las causas y la expresión de las condiciones médicas se establecen para una serie de enfermedades, incluido un número creciente de trastornos mentales. El sexo se refiere a factores atribuibles a los órganos reproductivos de un individuo y al complemento cromosómico XX o XY. El género es el resultado de los órganos reproductivos, así como de la autorrepresentación de un individuo e incluye las consecuencias psicológicas, conductuales y sociales del género percibido del individuo. Gran parte de la información sobre la expresión de enfermedades psiquiátricas en mujeres y hombres se basa en el género autoidentificado y, por lo tanto, comúnmente utilizamos diferencias de género o “mujeres y hombres” o “niños y niñas” en el DSM-5-TR. Sin embargo, si hay información disponible y pertinente al “sexo” (por ejemplo, diferencias sexuales en el metabolismo de sustancias o etapas de la vida restringidas a un solo sexo, como el embarazo o la menopausia), utilizamos el término diferencias sexuales o “masculino y femenino”. "

El sexo y el género pueden influir en la enfermedad de diversas maneras. En primer lugar, el sexo puede determinar exclusivamente si un individuo está en riesgo de sufrir un trastorno (p. ej., como en el trastorno disfórico premenstrual). En segundo lugar, el sexo o el género pueden moderar el riesgo general de desarrollar un trastorno, como lo demuestran las marcadas diferencias en las tasas de prevalencia e incidencia de determinados trastornos mentales en hombres y mujeres. En tercer lugar, el sexo o el género pueden influir en la probabilidad de que un individuo experimente síntomas particulares de un trastorno. Por ejemplo, el TDAH puede manifestarse de forma diferente en niños y niñas. El sexo o el género también pueden tener otros efectos sobre la experiencia de un trastorno que son indirectamente relevantes para el diagnóstico psiquiátrico. Por ejemplo, ciertos síntomas pueden ser más fácilmente respaldados por hombres o mujeres, y este respaldo contribuye a las diferencias en la prestación de servicios (por ejemplo, las mujeres pueden ser más propensas a reconocer un trastorno depresivo, bipolar o de ansiedad y respaldar una lista más completa de síntomas). que los hombres).

Los acontecimientos del ciclo de vida reproductivo, incluidas las variaciones de las hormonas ováricas durante el ciclo menstrual, el embarazo o la menopausia, pueden contribuir a las diferencias sexuales en el riesgo y la expresión de la enfermedad. Por lo tanto, el especificador “con inicio periparto” que puede aplicarse a un trastorno psicótico breve o a un episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor denota un período de tiempo en el que las mujeres pueden tener un mayor riesgo de sufrir un episodio de enfermedad. En el caso del sueño y la energía, las alteraciones posparto suelen ser normativas y, por tanto, pueden tener menores efectos diagnósticos.

Machine Translated by Google

confiabilidad en mujeres posparto.

El manual está configurado para incluir información sobre sexo y género en múltiples niveles. Si hay síntomas específicos de género, se han agregado a los criterios de diagnóstico. Un especificador relacionado con el sexo, como “con inicio en el periparto” de un episodio del estado de ánimo, proporciona información adicional sobre el sexo y el diagnóstico. Las estimaciones de prevalencia basadas en sexo y género se incluyen en la sección "Prevalencia" del texto de cada trastorno. Finalmente, otras cuestiones que son pertinentes para el diagnóstico y que están influenciadas por consideraciones de sexo y/o género se pueden encontrar en la sección “Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género” en el texto para trastornos relevantes.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas El DSM-5-TR contiene una nueva

sección de texto para cada diagnóstico, “Asociación con pensamientos o conductas suicidas”, cuando dicha información está disponible en la literatura. La información incluida generalmente se basa en estudios que demuestran asociaciones de pensamientos suicidas.

o comportamiento con un diagnóstico determinado. Dentro de grupos de individuos con el mismo diagnóstico, una amplia gama de psicopatologías relevantes podrían tener un impacto en el riesgo de suicidio, desde ninguno hasta grave. Por lo tanto, al evaluar el riesgo de suicidio de un individuo específico, los médicos deben utilizar el juicio clínico informado por factores de riesgo conocidos y no confiar únicamente en la presencia de un diagnóstico que se haya asociado con pensamientos o conductas suicidas. La información contenida en estas secciones debe servir como alerta para los médicos de que puede ser necesario realizar más investigaciones para un individuo con un diagnóstico particular. La evaluación de riesgos clínicos requiere una evaluación individualizada que abarque muchos factores y va mucho más allá de la formulación de un diagnóstico DSM-5 y el alcance de este manual.

Recursos adicionales y direcciones futuras

Condiciones para estudios adicionales Descritos

en la Sección III, “Condiciones para estudios adicionales”, son aquellas condiciones propuestas para las cuales aún no hay suficiente evidencia científica disponible para respaldar un uso clínico generalizado. Estos criterios propuestos y el texto de respaldo se incluyen para resaltar las condiciones que podrían beneficiarse de investigaciones adicionales.

Herramientas de evaluación y seguimiento: ahora y mirando hacia el futuro Futuro

Los diversos componentes del DSM-5 se proporcionan para facilitar la evaluación clínica y ayudar a desarrollar una formulación de caso integral (consulte “Uso del manual”) y la identificación de características que pueden influir en el pronóstico de cualquier trastorno mental diagnosticado. Mientras que los criterios de diagnóstico de la Sección II están bien establecidos y han sido objeto de una revisión exhaustiva, los

Machine Translated by Google

Las herramientas de evaluación, la entrevista de formulación cultural y las condiciones para estudios adicionales incluidas en la Sección III son aquellas para las cuales puede ser necesaria evidencia científica adicional para respaldar el uso clínico generalizado. Estas ayudas de diagnóstico y criterios propuestos se incluyen para resaltar la evolución y dirección de los avances científicos en estas áreas y estimular futuras investigaciones.

Cada una de las medidas de la Sección III, “Medidas de evaluación”, se proporciona para ayudar en una evaluación integral de las personas que contribuirá a un diagnóstico y plan de tratamiento adaptado a la presentación individual y al contexto clínico. Las medidas transversales de gravedad específicas de los síntomas y del diagnóstico proporcionan calificaciones cuantitativas de áreas clínicas importantes que están diseñadas para usarse en la evaluación inicial para establecer una línea de base para comparar con calificaciones en encuentros posteriores para monitorear los cambios e informar la planificación del tratamiento. Cuando la dinámica cultural es particularmente importante para la evaluación diagnóstica, la Entrevista de Formulación Cultural (ubicada en la Sección III, capítulo “Cultura y Diagnóstico Psiquiátrico”) debe considerarse como una ayuda útil para comunicarse con el individuo. Todas estas medidas están disponibles en línea en: www.psychiatry.org/dsm5.

La estructura organizativa del DSM-5, su uso de medidas dimensionales y su compatibilidad con los códigos ICD le permitirán adaptarse fácilmente a futuros descubrimientos y refinamientos científicos que mejoren su utilidad clínica.

Machine Translated by Google

Uso del Manual

Este texto está diseñado para proporcionar una guía práctica para utilizar el DSM-5, particularmente en la práctica clínica.

Enfoque para la formulación de casos clínicos El objetivo principal del

DSM-5 es ayudar a los médicos capacitados en el diagnóstico de trastornos mentales como parte de una evaluación de la formulación de casos que conduzca a un plan de tratamiento informado para cada individuo. La formulación del caso de cualquier individuo determinado debe incluir una historia clínica cuidadosa y un resumen conciso de los factores sociales, psicológicos y biológicos que pueden haber contribuido al desarrollo de un trastorno mental determinado. No basta con marcar los síntomas en los criterios de diagnóstico para hacer un diagnóstico de trastorno mental. Una evaluación exhaustiva de estos criterios puede garantizar una evaluación más confiable (que puede verse favorecida por el uso de herramientas de evaluación dimensional de la gravedad de los síntomas); la gravedad relativa y la prominencia de los signos y síntomas de un individuo y su contribución a un diagnóstico requerirán en última instancia un juicio clínico. El diagnóstico requiere entrenamiento clínico para reconocer cuándo la combinación de factores predisponentes, precipitantes, perpetuadores y protectores ha resultado en una condición psicopatológica en la que los signos y síntomas exceden los rangos normales. El objetivo final de la formulación de un caso clínico es utilizar la información contextual y de diagnóstico disponible para desarrollar un plan de tratamiento integral que esté informado por el contexto cultural y social del individuo. Sin embargo, las recomendaciones para la selección y el uso de las opciones de tratamiento basadas en evidencia más apropiadas para cada trastorno están fuera del alcance de este manual.

Elementos de un diagnóstico Los criterios

de diagnóstico se ofrecen como pautas para realizar diagnósticos y su uso debe basarse en el criterio clínico. Las descripciones de texto, incluidas las secciones introductorias de cada capítulo de diagnóstico, pueden ayudar a respaldar el diagnóstico (p. ej., describir los criterios más completamente en "Características de diagnóstico"; proporcionar diagnósticos diferenciales).

Tras la evaluación de los criterios de diagnóstico, los médicos deben considerar la aplicación de subtipos y/o especificadores de trastornos según corresponda. La mayoría de los especificadores sólo son aplicables a la presentación actual y pueden cambiar a lo largo del curso del trastorno (p. ej., con una percepción buena a regular; presentación predominantemente desatendida; en un entorno controlado) y se pueden dar sólo si actualmente se cumplen todos los criterios para el trastorno. . Otros especificadores son indicativos del curso de la vida (p. ej., con patrón estacional, tipo bipolar en el trastorno esquizoafectivo) y pueden asignarse independientemente del estado actual.

Machine Translated by Google

Cuando la presentación de los síntomas no cumple todos los criterios de cualquier trastorno y los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, se debe incluir la categoría "otro especificado" o "no especificado" correspondiente a los síntomas predominantes. consideró.

Subtipos y especificadores Se proporcionan subtipos y especificadores para aumentar la especificidad del diagnóstico. Los subtipos definen subgrupos fenomenológicos mutuamente excluyentes y conjuntamente exhaustivos dentro de un diagnóstico y se indican mediante la instrucción "Especificar si" en el conjunto de criterios (p. ej., en anorexia nerviosa, especificar si es de tipo restrictivo o de atracones/purgas). Por el contrario, los especificadores no pretenden ser mutuamente excluyentes ni exhaustivos en conjunto y, como consecuencia, se puede aplicar más de un especificador a un diagnóstico determinado. Los especificadores (a diferencia de los subtipos) se indican mediante la instrucción "Especificar" o "Especificar si" en el conjunto de criterios (p. ej., en el trastorno de ansiedad social, "Especificar si: solo desempeño"). Los especificadores y subtipos brindan la oportunidad de definir un subgrupo más homogéneo de individuos con el trastorno que comparten ciertas características (p. ej., trastorno depresivo mayor, con características mixtas) y transmitir información que es relevante para el manejo del trastorno del individuo, como la Especificador "con otra comorbilidad médica" en trastornos del sueño-vigilia. Aunque el quinto carácter dentro de un código ICD-10-CM a veces se designa para indicar un subtipo o especificador particular (por ejemplo, "0" en el quinto carácter en el código de diagnóstico F02.80 para trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer, para indicar la ausencia de un trastorno del comportamiento versus un "1" en el quinto carácter del código de diagnóstico F02.81 para el trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer para indicar la presencia de un trastorno del comportamiento), la mayoría de los subtipos y especificadores incluidos en el DSM- 5-TR no se reflejan en el código ICD-10-CM y, en cambio, se indican registrando el subtipo o especificador después del nombre del trastorno (p. ej., trastorno de ansiedad social, tipo de desempeño).

Uso de otros trastornos mentales específicos y no especificados Aunque se han invertido décadas de esfuerzo científico en desarrollar los conjuntos de criterios de diagnóstico para los trastornos incluidos en la Sección II, es bien sabido que este conjunto de diagnósticos categóricos no describe completamente toda la gama de trastornos mentales que Las personas experimentan y presentan a los médicos a diario en todo el mundo. Por lo tanto, también es necesario incluir opciones de "otros trastornos especificados" o "no especificados" para presentaciones que no encajan exactamente en los límites diagnósticos de los trastornos de cada capítulo. Además, hay entornos (p. ej., departamento de urgencias) donde tal vez sólo sea posible identificar las expresiones de síntomas más destacados asociados con un capítulo en particular (p. ej., delirios, alucinaciones, manía, depresión, ansiedad, intoxicación por sustancias, síntomas neurocognitivos). En tales casos, puede ser más apropiado asignar el trastorno "no especificado" correspondiente como marcador de posición hasta que sea posible un diagnóstico diferencial más completo.

El DSM-5 proporciona dos opciones de diagnóstico para presentaciones que no cumplen con los criterios de diagnóstico de ninguno de los trastornos específicos del DSM-5: otro trastorno especificado y trastorno no especificado. La otra categoría especificada se proporciona para permitir que el médico comunique la

Machine Translated by Google

razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios para ninguna categoría específica dentro de una clase de diagnóstico. Esto se hace registrando el nombre de la categoría, seguido del motivo específico. Por ejemplo, en el caso de un individuo con alucinaciones persistentes que ocurren en ausencia de otros síntomas psicóticos (una presentación que no cumple con los criterios de ninguno de los trastornos específicos del capítulo "Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos"), el médico registraría " otro espectro de esquizofrenia específico y otros trastornos psicóticos, con alucinaciones auditivas persistentes". Si el médico decide no especificar el motivo por el cual no se cumplen los criterios para un trastorno específico, entonces se diagnosticaría "espectro de esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico". Tenga en cuenta que la diferenciación entre otros trastornos especificados y no especificados se basa en la elección del médico de indicar o no los motivos por los que la presentación no cumple todos los criterios, proporcionando la máxima flexibilidad para el diagnóstico. Cuando el médico determina que hay suficiente información clínica disponible para especificar la naturaleza del

presentación, se puede dar el diagnóstico "otro especificado". En aquellos casos en los que el médico no puede especificar más la presentación clínica (p. ej., en salas de urgencias), se puede dar el diagnóstico "no especificado". Esto es enteramente una cuestión de juicio clínico.

Es una convención del DSM de larga data que las condiciones incluidas en el capítulo "Condiciones para estudios adicionales" en la Sección III se enumeren como ejemplos de presentaciones que pueden especificarse utilizando la designación "otro especificado". La inclusión de estas condiciones para estudio adicional como ejemplos no representa el respaldo por parte de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría de que sean categorías diagnósticas válidas.

Uso del juicio clínico El DSM-5 es una clasificación de trastornos mentales que se desarrolló para su uso en entornos clínicos, educativos y de investigación. Las categorías de diagnóstico, los criterios y las descripciones textuales están destinados a ser empleados por personas con la formación clínica adecuada y experiencia en diagnóstico. Es importante que el DSM-5 no sea aplicado mecánicamente por personas sin formación clínica. Los criterios de diagnóstico específicos incluidos en el DSM-5 están destinados a servir como pautas que deben basarse en el juicio clínico y no deben utilizarse como un libro de recetas rígido. Por ejemplo, el ejercicio del juicio clínico puede justificar dar un determinado diagnóstico a un individuo incluso aunque la presentación clínica no cumpla todos los criterios para el diagnóstico, siempre y cuando los síntomas presentes sean persistentes y graves. Por otro lado, la falta de familiaridad con el DSM-5 o la aplicación excesivamente flexible e idiosincrásica de los criterios del DSM-5 reduce sustancialmente su utilidad como lenguaje común de comunicación.

Criterio de importancia clínica En ausencia de marcadores biológicos claros o mediciones de gravedad clínicamente útiles para muchos trastornos mentales, no ha sido posible separar completamente las expresiones de síntomas normales de las patológicas contenidas en los criterios de diagnóstico. Esta brecha en la información es particularmente problemática en situaciones clínicas en las que la presentación de los síntomas del individuo por sí sola (particularmente en formas leves) no es inherentemente patológica y puede encontrarse en aquellos para

Machine Translated by Google

a quienes un diagnóstico de “trastorno mental” sería inapropiado. Por lo tanto, se ha utilizado un criterio de diagnóstico genérico que requiere angustia o discapacidad para establecer umbrales de trastorno, generalmente redactado como "la alteración causa angustia o deterioro clínicamente significativo en lo social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento". Evaluar si se cumple este criterio, especialmente en términos de función, es un juicio clínico intrínsecamente difícil. El texto que sigue a la definición de trastorno mental reconoce que este criterio puede ser especialmente útil para determinar la necesidad de tratamiento de un individuo. A menudo es necesario el uso de información del individuo, así como de miembros de su familia y otros terceros a través de entrevistas o evaluaciones autoinformadas o informadas por informantes sobre el desempeño del individuo.

Procedimientos de codificación y registro El sistema de

codificación oficial en uso en los Estados Unidos desde el 1 de octubre de 2015 es la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, Modificación Clínica (ICD-10-CM), una versión de la ICD-10 de la Organización Mundial de la Salud. que ha sido modificado para uso clínico por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y proporciona los únicos códigos de diagnóstico permitidos para trastornos mentales para uso clínico en los Estados Unidos. La mayoría de los trastornos del DSM-5 tienen un código alfanumérico ICD-10-CM que aparece antes del nombre del trastorno (o subtipo codificado o especificador) en la clasificación del DSM-5-TR y en los criterios adjuntos establecidos para cada trastorno. Para algunos diagnósticos (p. ej., trastornos neurocognitivos, trastornos inducidos por sustancias o medicamentos), el código apropiado depende de especificaciones adicionales y figura dentro de los criterios establecidos para el

trastorno con una nota de codificación y, en algunos casos, se aclara con más detalle en la sección de texto "Procedimientos de registro". Los nombres de algunos trastornos van seguidos de términos alternativos entre paréntesis.

El uso de códigos de diagnóstico es fundamental para el mantenimiento de registros médicos. La codificación de diagnóstico facilita la recopilación y recuperación de datos y la compilación de información estadística. A menudo también se requieren códigos para informar datos de diagnóstico a terceros interesados, incluidas agencias gubernamentales, aseguradoras privadas y la Organización Mundial de la Salud. Por ejemplo, en Estados Unidos, la Administración de Financiamiento de la Atención Médica ha ordenado el uso de los códigos ICD-10-CM para los trastornos del DSM-5-TR a efectos de reembolso en el marco del sistema Medicare.

Diagnóstico principal/motivo de la visita La convención

general en el DSM-5 es permitir que se asignen diagnósticos múltiples para aquellas presentaciones que cumplen con los criterios de más de un trastorno del DSM-5. Cuando se da más de un diagnóstico en un entorno hospitalario, el diagnóstico principal es la condición establecida después del estudio como principal responsable de ocasionar el ingreso del individuo. Cuando se da más de un diagnóstico a un individuo en un entorno ambulatorio, el motivo de la visita es la afección que es principal responsable de los servicios médicos ambulatorios recibidos durante la visita. En la mayoría de los casos, el diagnóstico principal o el motivo de la visita es también el foco principal de atención o tratamiento. A menudo es difícil (y algo arbitrario) determinar cuál diagnóstico es el diagnóstico principal o el motivo de la visita. Por ejemplo, puede no estar claro qué diagnóstico

Machine Translated by Google

debe considerarse “principal” para un individuo hospitalizado con esquizofrenia y trastorno por consumo de alcohol, porque cada condición puede haber contribuido por igual a la necesidad de ingreso y tratamiento. El diagnóstico principal se indica enumerándolo primero, y los trastornos restantes se enumeran en orden de foco de atención y tratamiento. Cuando el diagnóstico principal o el motivo de la visita es un trastorno mental debido a otra afección médica (p. ej., trastorno neurocognitivo importante debido a la enfermedad de Alzheimer, trastorno psicótico debido a una neoplasia pulmonar maligna), las reglas de codificación de la ICD exigen que la afección médica etiológica aparezca en primer lugar. En ese caso, el diagnóstico principal o motivo de la visita sería el trastorno mental debido a la condición médica, el segundo diagnóstico listado. Para mayor claridad, el trastorno enumerado como diagnóstico principal o motivo de la visita puede ir seguido de la frase calificativa “(diagnóstico principal)” o “(motivo de la visita)”.

Diagnóstico provisional

El modificador “provisional” se puede utilizar cuando actualmente no hay información suficiente para indicar que se cumplen los criterios de diagnóstico, pero existe una fuerte presunción de que la información estará disponible para permitir esa determinación. El médico puede indicar la incertidumbre diagnóstica registrando "(provisional)" después del diagnóstico. Por ejemplo, este modificador podría usarse cuando un individuo que parece tener una presentación consistente con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor actual no puede brindar una historia adecuada, pero se espera que dicha información esté disponible después de entrevistar a un informante o revisar registros médicos. Una vez que esa información esté disponible y confirme que se cumplieron los criterios de diagnóstico, se eliminaría el modificador “(provisional)”. Otro uso de "provisional" es para aquellas situaciones en las que el diagnóstico diferencial depende exclusivamente de si la duración de la enfermedad no excede un límite superior requerido por los criterios de diagnóstico. Por ejemplo, un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme requiere una duración de al menos 1 mes pero menos de 6 meses. Si un individuo tiene actualmente síntomas compatibles con un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme, excepto que se desconoce la duración final porque los síntomas aún continúan, se aplicaría el modificador "(provisional)" y luego se eliminaría si los síntomas remiten en un período de 6 meses. . Si no remiten, el diagnóstico se cambiaría a esquizofrenia.

Notas sobre terminología

Trastorno mental inducido por sustancias o medicamentos

El término "trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos" se refiere a presentaciones sintomáticas que se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia exógena en el sistema nervioso central, incluidos los síntomas que se desarrollan durante la abstinencia de una sustancia exógena que es capaz de causar dependencia fisiológica. Dichas sustancias exógenas incluyen estupefacientes típicos (p. ej., alcohol, inhalantes, alucinógenos, cocaína), medicamentos psicotrópicos (p. ej., estimulantes, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos), otros medicamentos (p. ej., esteroides) y toxinas ambientales (p. ej., insecticidas organofosforados). Las ediciones del DSM, desde el DSM-III al DSM-IV, se referían a estos como "trastornos mentales inducidos por sustancias". Para enfatizar que los medicamentos y no sólo las sustancias de abuso pueden causar síntomas psiquiátricos, se utilizó el término

Machine Translated by Google

cambiado a “inducido por sustancia/medicamento” en el DSM-5.

Trastornos mentales independientes

Históricamente, los trastornos mentales se dividían en aquellos que se denominaban “orgánicos” (causados por factores físicos) y aquellos que eran “no orgánicos” (puramente mentales; también denominados “funcionales” o “psicógenos”), términos que se incluyeron en el DSM hasta el DSM-III-R.
Debido a que estas dicotomías implicaban engañosamente que los trastornos no orgánicos no tienen una base biológica y que los trastornos mentales no tienen una base física, el DSM-IV actualizó esta terminología de la siguiente manera: 1) los términos "orgánico" y "no orgánico" fueron eliminados del DSM-IV; 2) los trastornos antiguamente llamados “orgánicos” se dividieron en los debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (inducidos por sustancias) y los debidos a los efectos fisiológicos directos de una condición médica sobre el sistema nervioso central; y 3) el término “trastornos mentales no orgánicos” (es decir, aquellos trastornos que no se deben a sustancias ni a condiciones médicas) fue reemplazado por “trastorno mental primario”. En el DSM-5, esta terminología se perfeccionó aún más, reemplazando “primario” por “independiente” (p. ej., el Criterio C en el trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos comienza con “el trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad que no es una sustancia”). -inducido. La evidencia de un trastorno de ansiedad independiente podría incluir . Esto se hizo para reducir el potencial de confusión dado que el término “primario” históricamente ha tenido otros significados (por ejemplo, a veces se usa para indicar qué trastorno entre varios trastornos comórbidos fue el primero en ocurrir). El uso de “trastorno mental independiente” no debe interpretarse en el sentido de que el trastorno es independiente de otros factores causales potenciales, como factores estresantes psicosociales u otros factores ambientales.

Otras condiciones médicas

Otra dicotomía adoptada por ediciones anteriores del DSM que reflejaba el dualismo mente-cuerpo fue la división de los trastornos en "trastornos mentales" y "trastornos físicos". Junto con la eliminación de la terminología orgánica/no orgánica, el DSM-IV reemplazó la dicotomía “trastorno mental” versus “trastorno físico” por una dicotomía “trastorno mental” versus “condición médica general”, según la ubicación del capítulo dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Enfermedades (CIE).
Las condiciones médicas en la CIE se han dividido en 17 capítulos según una variedad de factores, que incluyen etiología (p. ej., Neoplasias [Capítulo 2]), ubicación anatómica (p. ej., Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides [Capítulo 8]), sistema corporal (p. ej., Enfermedades del sistema circulatorio [Capítulo 9]) y contexto (p. ej., Embarazo, parto y puerperio [Capítulo 15]). En el marco de la CIE, los trastornos mentales son los ubicados en el Capítulo 5 y las condiciones médicas generales son las ubicadas dentro de los otros 16 capítulos. Debido a la preocupación de que el término "condición médica general" pueda confundirse con la práctica general, el DSM-5 utiliza el término "otra condición médica" para enfatizar el hecho de que los trastornos mentales son condiciones médicas y que los trastornos mentales pueden ser precipitados por otras condiciones médicas. . Es importante reconocer que “la salud mental

"trastorno mental" y "otra afección médica" son meros términos de conveniencia y no deben interpretarse en el sentido de que existe una distinción fundamental entre los trastornos mentales y otras afecciones médicas, que los trastornos mentales no están relacionados con factores físicos o biológicos o

Machine Translated by Google

procesos, o que otras condiciones médicas no están relacionadas con factores o procesos conductuales o psicosociales.

Tipos de información en el texto del DSM-5-TR El texto del DSM-5-TR proporciona

información contextual para ayudar en la toma de decisiones diagnósticas. El texto aparece inmediatamente después de los criterios de diagnóstico para cada trastorno y describe sistemáticamente el trastorno bajo los siguientes títulos: procedimientos de registro, subtipos, especificadores, características diagnósticas, características asociadas, prevalencia, desarrollo y curso, factores de riesgo y pronóstico, cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura. , cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género, marcadores diagnósticos, asociación con pensamientos o conductas suicidas, consecuencias funcionales, diagnóstico diferencial y comorbilidad. En general, cuando hay información limitada disponible para una sección, esa sección no se incluye.

Los Procedimientos de registro proporcionan pautas para informar el nombre del trastorno y para seleccionar y registrar el código de diagnóstico ICD-10-CM apropiado. También incluye instrucciones para aplicar cualquier subtipo y/o especificador apropiado.

Los subtipos y/o especificadores proporcionan descripciones breves de los subtipos y/o especificadores aplicables.

Las características de diagnóstico proporcionan un texto descriptivo que ilustra el uso de los criterios e incluye puntos clave sobre su interpretación. Por ejemplo, dentro de las características diagnósticas de la esquizofrenia, se explica que algunos síntomas que pueden parecer negativos podrían en cambio ser atribuibles a efectos secundarios de los medicamentos.

Las características asociadas incluyen características clínicas que no están representadas en los criterios pero que ocurren con mucha más frecuencia en personas con el trastorno que en aquellos que no lo padecen. Por ejemplo, las personas con trastorno de ansiedad generalizada también pueden experimentar síntomas somáticos que no están incluidos en los criterios del trastorno.

La prevalencia describe las tasas del trastorno en la comunidad, describiéndose con mayor frecuencia como prevalencia de 12 meses, aunque para algunos trastornos se anota una prevalencia puntual. Las estimaciones de prevalencia también se proporcionan por grupo de edad y por grupo étnico-racial/cultural cuando es posible.
En esta sección también se proporciona la proporción de sexos (prevalencia en hombres frente a mujeres). Cuando se dispone de datos internacionales, se describe la variación geográfica en las tasas de prevalencia. Para algunos trastornos, especialmente aquellos para los cuales hay datos limitados sobre las tasas en la comunidad, se observa la prevalencia en muestras clínicas relevantes.

Desarrollo y curso describe los patrones típicos de presentación y evolución del trastorno a lo largo de la vida. Observa la edad típica de inicio y si la presentación puede tener características prodrómicas/insidiosas o puede manifestarse abruptamente. Otras descripciones pueden incluir un curso episódico versus persistente, así como un episodio único versus un curso episódico recurrente. Los descriptores de esta sección pueden abordar la duración de los síntomas o episodios, así como la progresión de la gravedad y el impacto funcional asociado. Aquí se describe la tendencia general del trastorno a lo largo del tiempo (p. ej., estable, empeoramiento, mejora). Las variaciones que se pueden observar incluyen características relacionadas con la etapa de desarrollo (p. ej., infancia, niñez, adolescencia, edad adulta, vejez).

Factores de riesgo y pronóstico incluye una discusión de los factores que se cree que contribuyen a la

Machine Translated by Google

desarrollo de un trastorno. Está dividido en subsecciones que abordan factores temperamentales (p. ej., rasgos de personalidad); factores ambientales (p. ej., traumatismo craneoencefálico, trauma emocional, exposición a sustancias tóxicas, consumo de sustancias); y factores genéticos y fisiológicos.

(p. ej., APOE4 para la demencia y otros riesgos genéticos familiares conocidos); Esta subsección puede abordar patrones familiares (tradicionales), así como factores genéticos y epigenéticos. Una subsección adicional para modificadores del curso incluye factores que pueden provocar un curso nocivo y, a la inversa, factores que pueden tener efectos de mejora o protección.

Las cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura incluyen información sobre variaciones en la expresión de los síntomas, atribuciones de las causas o precipitantes del trastorno, factores asociados con la prevalencia diferencial entre grupos demográficos, normas culturales que pueden afectar el nivel de patología percibida, riesgo de diagnóstico erróneo al evaluar a individuos de grupos etnoraciales socialmente oprimidos. y otro material relevante para el diagnóstico culturalmente informado.
Las tasas de prevalencia en grupos culturales/étnicos específicos se encuentran en la sección Prevalencia.

Las cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género incluyen correlatos del diagnóstico que están relacionados con el sexo o el género, el predominio de los síntomas o el diagnóstico por sexo o género, y cualquier otra implicación diagnóstica del diagnóstico relacionada con el sexo y el género, como las diferencias. en el curso clínico por sexo o género. Las tasas de prevalencia por género se encuentran en la sección Prevalencia.

Los marcadores de diagnóstico abordan medidas objetivas que han establecido un valor diagnóstico.
Estos pueden incluir hallazgos del examen físico (p. ej., signos de desnutrición en el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos), hallazgos de laboratorio (p. ej., niveles bajos de hipocretina-1 en el LCR en la narcolepsia) o hallazgos de imágenes (p. ej., imágenes por PET con FDG hipometabólica regional para el trastorno neurocognitivo). debido a la enfermedad de Alzheimer).

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas proporciona información sobre la prevalencia de pensamientos o comportamientos suicidas específicos del trastorno, así como los factores de riesgo de suicidio que pueden estar asociados con el trastorno.

Consecuencias funcionales analiza consecuencias funcionales notables asociadas con un trastorno que probablemente tengan un impacto en la vida diaria de las personas afectadas; Estas consecuencias pueden afectar la capacidad para realizar tareas relacionadas con la educación, el trabajo y el mantenimiento de una vida independiente. Estos pueden variar según la edad y a lo largo de la vida.

El diagnóstico diferencial analiza cómo diferenciar el trastorno de otros trastornos que tienen algunas características de presentación similares.

La comorbilidad incluye descripciones de trastornos mentales y otras afecciones médicas (es decir, afecciones clasificadas fuera del capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento en la CIE-10-CM), que probablemente coexistan con el diagnóstico.

Otras condiciones y trastornos en la Sección II

Además de proporcionar criterios de diagnóstico y texto para los trastornos mentales del DSM-5, la Sección II también incluye dos capítulos para otras afecciones que no son trastornos mentales pero que pueden presentarse.

Machine Translated by Google

por médicos de salud mental. Estas condiciones pueden enumerarse como motivo de una visita clínica además de, o en lugar de, los trastornos mentales en la Sección II. El capítulo “Trastornos inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos” incluye parkinsonismo inducido por medicamentos, síndrome neuroléptico maligno, distonía aguda inducida por medicamentos, acatisia aguda inducida por medicamentos, discinesia tardía, distonía tardía/acatisia tardía, temblor postural inducido por medicamentos. , síndrome de discontinuación de antidepresivos y otros efectos adversos de la medicación. Estas condiciones se incluyen en la Sección II debido a su importancia frecuente en 1) el tratamiento con medicamentos de los trastornos mentales u otras condiciones médicas, y 2) el diagnóstico diferencial con los trastornos mentales (p. ej., trastorno de ansiedad versus acatisia aguda inducida por medicamentos).

El capítulo “Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica” incluye condiciones y problemas psicosociales o ambientales que no se consideran trastornos mentales pero que de otro modo afectan el diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental de un individuo. Estas condiciones se presentan con sus códigos correspondientes de la CIE-10-CM (normalmente códigos Z). Una condición o problema en este capítulo puede codificarse con o sin un diagnóstico de trastorno mental que lo acompañe 1) si es el motivo de la visita actual; 2) si ayuda a explicar la necesidad de una prueba, procedimiento o tratamiento; 3) si desempeña un papel en el inicio o la exacerbación de un trastorno mental; o 4) si constituye un problema que debe ser considerado en el plan de manejo general. Estos incluyen conducta suicida y autolesiones no suicidas; abuso y negligencia; problemas relacionales (p. ej., problemas de relación con el cónyuge o pareja íntima); problemas educativos, ocupacionales, habitacionales y económicos; problemas relacionados con el entorno social, interacción con el sistema legal y otras circunstancias psicosociales, personales y ambientales (por ejemplo, problemas relacionados con embarazos no deseados, ser víctima de un delito o terrorismo); problemas relacionados con el acceso a la atención médica y de otro tipo; circunstancias de la historia personal (p. ej., Historia personal de trauma psicológico); otras visitas a servicios de salud para asesoramiento y asesoramiento médico (p. ej., asesoramiento sexual); y condiciones o problemas adicionales que pueden ser un foco de atención clínica (p. ej., deambulación asociada con un trastorno mental, duelo no complicado, problema de fase de la vida).

Mejoras en línea

DSM-5-TR está disponible mediante suscripciones en línea en PsychiatryOnline.org, así como un libro electrónico que refleja la edición impresa. La versión en línea proporciona un conjunto completo de citas y referencias en el texto de respaldo que no están disponibles en forma impresa o en libros electrónicos; también se actualiza periódicamente para reflejar cualquier cambio resultante del proceso de revisión iterativa del DSM-5, descrito en la Introducción. El DSM-5 se conservará en línea en un formato archivado en PsychiatryOnline.org, unirse a versiones anteriores de DSM.

Las escalas y medidas de calificación clínica en la edición impresa y el libro electrónico (consulte “Medidas de evaluación” en la Sección III) se incluyen en línea junto con medidas de evaluación adicionales utilizadas en los ensayos de campo (www.psychiatry.org/dsm5). relacionados con los trastornos relevantes. Del capítulo de la Sección III “Cultura y diagnóstico psiquiátrico”, la Entrevista de formulación cultural, la Entrevista de formulación cultural: versión para informante (ambas incluidas en formato impreso y electrónico) y

Machine Translated by Google

Los módulos complementarios de la Entrevista de formulación cultural principal están disponibles en línea en www.psychiatry.org/dsm5.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Declaración de precaución para el uso forense del DSM-5

Aunque los criterios de diagnóstico y el texto del DSM-5 están diseñados principalmente para ayudar a los médicos a realizar evaluaciones clínicas, formulación de casos y planificación del tratamiento, el DSM-5 también se utiliza como referencia para los tribunales y abogados a la hora de evaluar las consecuencias legales de los trastornos mentales. Como resultado, es importante señalar que la definición de trastorno mental incluida en el DSM-5 se desarrolló para satisfacer las necesidades de los médicos, los profesionales de la salud pública y los investigadores, más que las necesidades técnicas de los tribunales y los profesionales legales. También es importante señalar que el DSM-5 no proporciona pautas de tratamiento para ningún trastorno determinado.

Cuando se utilizan apropiadamente, los diagnósticos y la información diagnóstica pueden ayudar a quienes toman decisiones legales en sus determinaciones. Por ejemplo, cuando la presencia de un trastorno mental es el fundamento de una determinación legal posterior (por ejemplo, internamiento civil involuntario), el uso de un sistema de diagnóstico establecido mejora el valor y la confiabilidad de la determinación. Al proporcionar un compendio basado en una revisión de la literatura clínica y de investigación pertinente, el DSM-5 puede facilitar la comprensión de las características relevantes de los trastornos mentales por parte de quienes toman decisiones legales. La literatura relacionada con el diagnóstico también sirve como control de especulaciones infundadas sobre los trastornos mentales y sobre el funcionamiento de un individuo en particular. Finalmente, la información diagnóstica sobre el curso longitudinal puede mejorar la toma de decisiones cuando la cuestión legal se refiere al funcionamiento mental de un individuo en un momento pasado o futuro.

Sin embargo, el uso del DSM-5 en entornos forenses debe basarse en la conciencia de los riesgos y limitaciones de su uso. Cuando se emplean categorías, criterios y descripciones textuales del DSM-5 con fines forenses, existe el riesgo de que la información de diagnóstico sea mal utilizada o malinterpretada. Estos peligros surgen debido al ajuste imperfecto entre las cuestiones de interés último para la ley y la información contenida en un diagnóstico clínico. En la mayoría de las situaciones, el diagnóstico clínico de un trastorno mental del DSM-5, como el trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual), la esquizofrenia, el trastorno neurocognitivo mayor, el trastorno del juego o el trastorno pedófilo, no implica que un individuo con dicha afección cumpla con los criterios legales para la presencia de un trastorno mental o “enfermedad mental” tal como se define en la ley, o en un estándar legal específico (por ejemplo, de competencia, responsabilidad penal o discapacidad). Para este último, generalmente se requiere información adicional más allá de la contenida en el diagnóstico del DSM-5, que podría incluir información sobre las deficiencias funcionales del individuo y cómo estas deficiencias afectan las habilidades particulares en cuestión. Precisamente porque las deficiencias, capacidades y discapacidades varían ampliamente dentro de cada categoría diagnóstica, la asignación de un diagnóstico particular no implica un nivel específico de riesgo, deficiencia o discapacidad.

No se recomienda el uso del DSM-5 para evaluar la presencia de un trastorno mental por parte de personas no clínicas, no médicas o que no estén suficientemente capacitadas. También se debe advertir a quienes toman decisiones no clínicas que un diagnóstico no conlleva ninguna implicación necesaria con respecto a la

Machine Translated by Google

etiología o causas del trastorno mental del individuo o el grado de control del individuo sobre las conductas que pueden estar asociadas con el trastorno. Incluso cuando la disminución del control sobre la propia conducta del individuo es una característica del trastorno, tener el diagnóstico en sí no demuestra que un individuo en particular sea (o fuera) incapaz de controlar su conducta en un momento determinado.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

SECCIÓN II

Criterios y códigos de diagnóstico

Trastornos del neurodesarrollo

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Trastornos bipolares y relacionados

Trastornos depresivos

Desórdenes de ansiedad

Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados

Trastornos relacionados con traumas y factores estresantes

Trastornos disociativos

Síntoma somático y trastornos relacionados

Trastornos de la alimentación y la alimentación

Trastornos de eliminación

Trastornos del sueño y la vigilia

Disfunciones sexuales

Disforia de género

Trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta

Trastornos adictivos y relacionados con sustancias

Trastornos neurocognitivos

Desorden de personalidad

Trastornos parafílicos

Otros trastornos mentales y códigos adicionales

Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos

Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Esta sección contiene los criterios de diagnóstico aprobados para uso clínico de rutina junto con los códigos de diagnóstico ICD-10-CM. Para cada trastorno mental, los criterios de diagnóstico van seguidos de un texto descriptivo para ayudar en la toma de decisiones diagnósticas. Cuando sea necesario, también se proporcionan notas para facilitar la selección del código ICD-10-CM apropiado, así como los procedimientos de registro.

La Sección II también incluye dos capítulos sobre otras afecciones que no son trastornos mentales pero que los médicos pueden encontrar. “Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos” presenta condiciones de importancia frecuente en el tratamiento mediante medicación de trastornos mentales u otras afecciones médicas y el diagnóstico diferencial con trastornos mentales (p. ej., un trastorno de ansiedad frente a acatisia aguda inducida por medicamentos).). “Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica” incluye condiciones y problemas psicosociales o ambientales que no se consideran trastornos mentales pero que de otro modo afectan el diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental de un individuo.

Estos tres componentes (los criterios y su texto descriptivo, los trastornos del movimiento inducidos por la medicación y otros efectos adversos de la medicación, y las descripciones de otras afecciones que pueden ser un foco de atención clínica) representan los elementos clave del proceso de diagnóstico clínico y, por lo tanto, se presentan juntos.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Trastornos del neurodesarrollo

Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo de afecciones que se inician en el período del desarrollo. Los trastornos generalmente se manifiestan temprano en el desarrollo, a menudo antes de que el niño ingrese a la escuela, y se caracterizan por déficits de desarrollo o diferencias en los procesos cerebrales que producen deterioros del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional. La gama de déficits o diferencias del desarrollo varía desde limitaciones muy específicas del aprendizaje o control de las funciones ejecutivas hasta deficiencias globales de las habilidades sociales o la capacidad intelectual. Una vez que se pensaba que estaban definidos categóricamente, los enfoques dimensionales más recientes para medir los síntomas demuestran un rango de gravedad, a menudo sin un límite muy claro con el desarrollo típico. Por tanto, el diagnóstico de un trastorno requiere la presencia tanto de síntomas como de función alterada.

Los trastornos del desarrollo neurológico frecuentemente coexisten entre sí; por ejemplo, las personas con trastorno del espectro autista suelen tener un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) y muchos niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) también tienen un trastorno de aprendizaje específico. Los trastornos del desarrollo neurológico también coexisten frecuentemente con otros trastornos mentales y conductuales que comienzan en la infancia (p. ej., los trastornos de la comunicación y el trastorno del espectro autista pueden estar asociados con trastornos de ansiedad; el TDAH con el trastorno de oposición desafiante; los tics con el trastorno obsesivo-compulsivo). Para algunos trastornos del neurodesarrollo, la presentación clínica incluye conductas que son más frecuentes o intensas en comparación con las de niños normales de la misma edad de desarrollo y sexo, así como déficits y retrasos en el logro de los hitos esperados. Por ejemplo, el trastorno del espectro autista se diagnostica sólo cuando los déficits característicos de la comunicación social van acompañados de conductas excesivamente repetitivas, intereses restringidos e insistencia en

igualdad.

El trastorno del desarrollo intelectual se caracteriza por déficits en las capacidades mentales generales, 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. Los déficits resultan en deterioros del funcionamiento adaptativo, de modo que el individuo no logra cumplir con los estándares de independencia personal y responsabilidad social en uno o más aspectos de la vida diaria, incluida la comunicación, la participación social, el funcionamiento académico u ocupacional y la independencia personal en el hogar o en el hogar. entornos comunitarios. El retraso global del desarrollo, como su nombre lo indica, se diagnostica cuando un individuo no logra alcanzar los hitos de desarrollo esperados en varias áreas del funcionamiento intelectual. El diagnóstico se utiliza en personas menores de 5 años que no pueden someterse a evaluaciones sistemáticas del funcionamiento intelectual y, por lo tanto, no se puede evaluar de manera confiable el nivel de gravedad clínica.

El trastorno del desarrollo intelectual puede ser el resultado de una lesión adquirida durante el período de desarrollo, por ejemplo, de una lesión grave en la cabeza, en cuyo caso también se puede diagnosticar un trastorno neurocognitivo.

Los trastornos de la comunicación incluyen el trastorno del lenguaje, el trastorno de los sonidos del habla, el trastorno social.

Machine Translated by Google

trastorno de la comunicación (pragmático) y trastorno de la fluidez que comienza en la niñez (tartamudez). Los primeros tres trastornos se caracterizan por déficits en el desarrollo y uso del lenguaje, el habla y la comunicación social, respectivamente. El trastorno de la comunicación social se caracteriza por déficits en las habilidades de comunicación verbal y no verbal que resultan en

deterioro social y no se explican mejor por bajas habilidades en el lenguaje estructural, trastorno del desarrollo intelectual o trastorno del espectro autista. El trastorno de la fluidez de inicio en la infancia se caracteriza por alteraciones de la fluidez normal y la producción motora del habla, incluidos sonidos o sílabas repetitivos, prolongación de consonantes o vocales, palabras entrecortadas, bloqueos o palabras producidas con un exceso de tensión física. Al igual que otros trastornos del desarrollo neurológico, los trastornos de la comunicación comienzan temprano en la vida y pueden producir deficiencias funcionales de por vida.

El trastorno del espectro autista se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos, incluidos déficits en la reciprocidad social, conductas comunicativas no verbales utilizadas para la interacción social y habilidades para desarrollar, mantener y comprender las relaciones. Además de los déficits de comunicación social, el diagnóstico del trastorno del espectro autista requiere la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos. Debido a que los síntomas cambian con el desarrollo y pueden estar enmascarados por mecanismos compensatorios, los criterios diagnósticos pueden cumplirse con base en información histórica, aunque la presentación actual debe causar un deterioro significativo.

Dentro del diagnóstico del trastorno del espectro autista, las características clínicas individuales se anotan mediante el uso de especificadores (con o sin deterioro intelectual acompañante; con o sin deterioro estructural del lenguaje acompañante; asociado con una condición genética u otra condición médica o factor ambiental conocido; asociado con una problema del neurodesarrollo, mental o de conducta), así como especificadores que describen la gravedad de los síntomas del autismo. Estos especificadores brindan a los médicos la oportunidad de individualizar el diagnóstico y comunicar una descripción clínica más rica de los individuos afectados. Por ejemplo, muchas personas previamente diagnosticadas con el trastorno de Asperger recibirían ahora un diagnóstico de trastorno del espectro autista sin deterioro del lenguaje o intelectual.

El TDAH es un trastorno del desarrollo neurológico definido por niveles deteriorantes de falta de atención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. La falta de atención y la desorganización implican incapacidad para concentrarse en la tarea, parecer no escuchar y perder los materiales necesarios para las tareas, en niveles que no coinciden con la edad o el nivel de desarrollo. La hiperactividad-impulsividad implica hiperactividad, inquietud, incapacidad para permanecer sentado, intromisión en las actividades de otras personas e incapacidad para esperar, síntomas excesivos para la edad o el nivel de desarrollo. En la niñez, el TDAH frecuentemente se superpone con trastornos que a menudo se consideran “trastornos de externalización”, como el trastorno de oposición desafiante y el trastorno de conducta. El TDAH a menudo persiste hasta la edad adulta, con los consiguientes deterioros del funcionamiento social, académico y ocupacional.

El trastorno específico del aprendizaje, como su nombre lo indica, se diagnostica cuando existen déficits específicos en la capacidad de un individuo para percibir o procesar información para aprender habilidades académicas de manera eficiente y precisa. Este trastorno del desarrollo neurológico se manifiesta por primera vez durante los años de escolarización formal y se caracteriza por dificultades persistentes y perjudiciales en el aprendizaje de habilidades académicas fundamentales en lectura, escritura y/o matemáticas. El desempeño del individuo de

Machine Translated by Google

las habilidades académicas afectadas están muy por debajo del promedio para la edad, o los niveles de desempeño aceptables se logran sólo con un esfuerzo extraordinario. El trastorno específico del aprendizaje puede ocurrir en individuos identificados como intelectualmente superdotados y manifestarse sólo cuando las demandas de aprendizaje o los procedimientos de evaluación (p. ej., pruebas cronometradas) plantean barreras que no pueden superarse mediante su inteligencia innata y sus estrategias compensatorias. Para todos los individuos, el trastorno específico del aprendizaje puede producir deficiencias permanentes en actividades que dependen de las habilidades, incluido el desempeño ocupacional.

Los trastornos motores del neurodesarrollo incluyen el trastorno de la coordinación del desarrollo, el trastorno del movimiento estereotipado y los trastornos de tics. El trastorno del desarrollo de la coordinación se caracteriza por déficits en la adquisición y ejecución de habilidades motoras coordinadas y se manifiesta por torpeza y lentitud o inexactitud en la ejecución de

Habilidades motoras que causan interferencia con las actividades de la vida diaria. El trastorno de movimientos estereotipados se diagnostica cuando un individuo tiene conductas motoras repetitivas, aparentemente impulsadas y aparentemente sin propósito, como aletear las manos, balancear el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse o golpearse. Los movimientos interfieren con actividades sociales, académicas o de otro tipo. Si las conductas provocan autolesiones, esto debe especificarse como parte de la descripción del diagnóstico. Los trastornos de tics se caracterizan por la presencia de tics motores o vocales, que son vocalizaciones o movimientos motores repentinos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados. La duración, la etiología presunta y la presentación clínica definen el trastorno de tics específico que se diagnostica: trastorno de Tourette, trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos), trastorno de tics provisional, otro trastorno de tics especificado y trastorno de tics no especificado. El trastorno de Tourette se diagnostica cuando el individuo tiene múltiples tics motores y vocales que han estado presentes durante al menos 1 año y que tienen un curso de síntomas crecientes y menguantes.

El uso de especificadores para el diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo enriquece la descripción clínica del curso clínico del individuo y la sintomatología actual. Estos incluyen los siguientes: Hay especificadores de gravedad disponibles para el trastorno del desarrollo intelectual, el trastorno del espectro autista, el TDAH, el trastorno específico del aprendizaje y el trastorno de movimientos estereotipados.
Se encuentran disponibles especificadores indicativos de la sintomatología actual para el TDAH, el trastorno específico del aprendizaje y el trastorno de tics motores o vocales persistentes. El trastorno del espectro autista y el trastorno de movimientos estereotipados también incluyen el especificador "asociado con una condición genética u otra condición médica o factor ambiental conocido". Este especificador brinda a los médicos la oportunidad de documentar los factores que pueden haber desempeñado un papel en la etiología del trastorno, así como aquellos que podrían afectar el curso clínico.

Trastornos del desarrollo intelectual

Trastorno del desarrollo intelectual (intelectual Discapacidad)

Machine Translated by Google

Criterios de diagnóstico

El trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) es un trastorno que se inicia durante el período de desarrollo y que incluye déficits de funcionamiento intelectual y adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Deben cumplirse los siguientes tres criterios:

A. Déficits en funciones intelectuales, como razonamiento, resolución de problemas, planificación, pensamiento abstracto, juicio, aprendizaje académico y aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados tanto por evaluación clínica como por pruebas de inteligencia estandarizadas e individualizadas.

B. Déficits en el funcionamiento adaptativo que resultan en el incumplimiento de los estándares socioculturales y de desarrollo para la independencia personal y la responsabilidad social. Sin un apoyo continuo, los déficits adaptativos limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida diaria, como la comunicación, la participación social y la vida independiente, en múltiples entornos, como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

C. Inicio de déficits intelectuales y adaptativos durante el período de desarrollo.

38

Nota: El término trastorno del desarrollo intelectual se utiliza para aclarar su relación con el sistema de clasificación CIE-11 de la OMS, que utiliza el término Trastornos del desarrollo intelectual. El término equivalente discapacidad intelectual se coloca entre paréntesis para su uso continuo. La literatura médica y de investigación utiliza ambos términos, mientras que discapacidad intelectual es el término de uso común entre las profesiones educativas y de otro tipo, los grupos de defensa y el público no especializado. En Estados Unidos, la Ley Pública 111-256 (Ley Rosa) cambió todas las referencias al “retraso mental” en las leyes federales por “discapacidad intelectual”.

Especifique la gravedad actual (consulte la Tabla 1): F70 Leve

F71 Moderado

F72 Severo

F73 Profundo

39

TABLA 1 Niveles de gravedad del trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual)

Gravedad nivel	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
Leve	Para los niños en edad preescolar, puede haber	En comparación con el desarrollo típico El individuo puede funcionar según su edad.	

Machine Translated by Google

	No hay diferencias conceptuales obvias. Para los niños en edad escolar y los adultos, existen dificultades para aprender habilidades académicas que involucran lectura, escritura, aritmética, tiempo o dinero, y se necesita apoyo en una o más áreas para cumplir con las expectativas relacionadas con la edad. En los adultos, el pensamiento abstracto, la función ejecutiva (es decir, la planificación, la elaboración de estrategias, el establecimiento de prioridades y la flexibilidad cognitiva) y la memoria a corto plazo, así como el uso funcional de las habilidades académicas (p. ej., lectura, administración del dinero), están deteriorados. Hay un enfoque algo concreto de los problemas y las soluciones en comparación con sus compañeros (p. ej.,	compañeros de edad, el individuo es inmaduro en las interacciones sociales. Por ejemplo, puede haber dificultades para percibir con precisión las señales sociales de sus compañeros. La comunicación, la conversación y el lenguaje son más concretos o inmaduros de lo esperado para la edad. Puede haber dificultades para regular las emociones y el comportamiento de manera apropiada para la edad; Estas dificultades son notadas por sus compañeros en situaciones sociales. Existe una comprensión limitada del riesgo en situaciones sociales; El juicio social es inmaduro para la edad y la persona corre el riesgo de ser manipulada por otros (p. ej.,	adecuadamente en el cuidado personal. Las personas necesitan algo de apoyo con las tareas complejas de la vida diaria en comparación con sus compañeros. En la edad adulta, los apoyos suelen incluir la compra de comestibles, el transporte, la organización del hogar y el cuidado de los niños, la preparación de alimentos nutritivos y la gestión bancaria y del dinero. Las habilidades recreativas se parecen a las de sus compañeros de edad, aunque el juicio relacionado con el bienestar y la organización en torno a la recreación requiere apoyo. En la edad adulta, el empleo competitivo suele verse en trabajos que no enfatizan las habilidades conceptuales. Las personas generalmente necesitan apoyo para tomar decisiones de atención médica y decisiones legales, y para aprender a desempeñar una vocación calificada de manera competente. Por lo general, se necesita apoyo para formar una familia.
40 Moderado	A lo largo de todo el desarrollo, el Las habilidades conceptuales del individuo están marcadamente por detrás de las de sus pares. Para los niños en edad preescolar, el lenguaje y las habilidades preacadémicas se desarrollan lentamente. Para los niños en edad escolar, el progreso en lectura, escritura, matemáticas y comprensión del tiempo y el dinero se produce lentamente a lo largo de los años escolares y es marcadamente limitado en comparación con el de sus compañeros. Para los adultos, el desarrollo de habilidades académicas suele ser a nivel elemental y se requiere apoyo para todo uso de habilidades académicas en el trabajo y la vida personal. Se necesita asistencia continua a diario para completar las tareas conceptuales de la vida diaria, y otros pueden asumir plenamente estas responsabilidades para el individuo.	El individuo se muestra marcado diferencias con sus pares en el comportamiento social y comunicativo a lo largo del desarrollo. El lenguaje hablado suele ser una herramienta principal para la comunicación social, pero es mucho menos complejo que el de los compañeros. La capacidad para las relaciones es evidente en los vínculos con familiares y amigos, y el individuo puede tener amistades exitosas a lo largo de la vida y, a veces, relaciones románticas en la edad adulta. Sin embargo, es posible que los individuos no perciban o interpreten las señales sociales con precisión. El juicio social y la capacidad de tomar decisiones son limitados y los cuidadores deben ayudar a la persona en las decisiones de vida. Las amistades con compañeros con un desarrollo típico a menudo se ven afectadas por limitaciones sociales o de comunicación. Se necesita un apoyo social y comunicativo significativo en los entornos laborales para éxito.	El individuo puede atender sus necesidades personales relacionadas con comer, vestirse, hacer sus necesidades e higiene como adulto, aunque se necesita un período prolongado de enseñanza y tiempo para que el individuo se vuelva independiente en estas áreas, y es posible que se necesiten recordatorios. De manera similar, la participación en todas las tareas domésticas se puede lograr en la edad adulta, aunque se necesita un período prolongado de enseñanza y, por lo general, se brindarán apoyos continuos para el desempeño a nivel adulto. Se puede lograr empleo independiente en trabajos que requieren habilidades conceptuales y de comunicación limitadas, pero se necesita un apoyo considerable de compañeros de trabajo, supervisores y otras personas para gestionar las expectativas sociales, las complejidades laborales y las responsabilidades auxiliares como la programación, el transporte, los beneficios de salud y la administración del dinero. . Se puede desarrollar una variedad de habilidades recreativas. Por lo general, estos requieren apoyos adicionales y oportunidades de aprendizaje durante un período prolongado. El comportamiento desadaptativo está presente en una minoría significativa y causa problemas sociales.
41 Severo	El logro de habilidades conceptuales es limitado. El individuo generalmente tiene poca comprensión del lenguaje escrito o de conceptos relacionados con números, cantidad, tiempo y	El lenguaje hablado es bastante limitado en términos de vocabulario y gramática. El habla puede consistir en palabras o frases individuales y puede complementarse mediante medios aumentativos.	El individuo requiere apoyo para todas las actividades de la vida diaria, incluidas las comidas, vestirse, bañarse y evacuar. El individuo requiere supervisión en todo momento.

Machine Translated by Google

	dinero. Los cuidadores brindan amplio apoyo para la resolución de problemas a lo largo de la vida.	El habla y la comunicación se centran en el aquí y el ahora. dentro de los acontecimientos cotidianos. El lenguaje se utiliza para la comunicación social más que para la explicación. Los individuos comprenden el habla simple y la comunicación gestual. Las relaciones con familiares y otras personas conocidas son una fuente de placer y ayuda.	El individuo no puede tomar decisiones responsables con respecto al bienestar propio o de los demás. En la edad adulta, la participación en tareas del hogar, la recreación y el trabajo requiere apoyo y asistencia continuos. La adquisición de habilidades en todos los ámbitos implica enseñanza a largo plazo y apoyo continuo. El comportamiento desadaptativo, incluida la autolesión, está presente en una minoría significativa.
Las habilidades	conceptuales profundas generalmente involucran el mundo físico más que procesos simbólicos. El individuo puede utilizar objetos de manera dirigida a objetivos para el cuidado personal, el trabajo y la recreación. Se pueden adquirir ciertas habilidades visuoespaciales, como emparejar y clasificar según características físicas. Sin embargo, las deficiencias motoras y sensoriales concurrentes pueden impedir el uso funcional de los objetos.	El individuo tiene una comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla o en los gestos. Es posible que comprenda algunas instrucciones o gestos sencillos. El individuo expresa sus propios deseos y emociones en gran medida a través de comunicación no verbal y no simbólica. El individuo disfruta de las relaciones con familiares conocidos, cuidadores y otras personas conocidas, e inicia y responde a interacciones sociales a través de señales gestuales y emocionales. Las deficiencias sensoriales y físicas concurrentes pueden impedir muchas actividades sociales.	El individuo depende de otros para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud y la seguridad, aunque es posible que también pueda participar en algunas de estas actividades. Las personas sin discapacidades físicas graves pueden ayudar con algunas tareas laborales diarias en casa, como llevar los platos a la mesa. Acciones simples con objetos pueden ser la base de la participación en algunas actividades vocacionales con altos niveles de apoyo continuo. Las actividades recreativas pueden implicar, por ejemplo, disfrutar escuchando música, viendo películas, saliendo a caminar o participando en actividades acuáticas, todo con el apoyo de otros. Las deficiencias físicas y sensoriales concurrentes son barreras frecuentes para la participación (más allá de la observación) en actividades domésticas, recreativas y vocacionales. El comportamiento desadaptativo está presente en una minoría significativa.

Especificadores

Los distintos niveles de gravedad se definen sobre la base del funcionamiento adaptativo, y no de las puntuaciones de CI, porque es el funcionamiento adaptativo el que determina el nivel de apoyo necesario. Además, las medidas del coeficiente intelectual son menos válidas en el extremo inferior del rango del coeficiente intelectual.

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) son déficits en las capacidades mentales generales (Criterio A) y deterioro en el funcionamiento adaptativo cotidiano, en comparación con los pares de un individuo de la misma edad, género y socioculturalidad (Criterio B).

El inicio es durante el período de desarrollo (Criterio C). El diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual se basa tanto en la evaluación clínica como en pruebas estandarizadas de funciones intelectuales, pruebas neuropsicológicas estandarizadas y pruebas estandarizadas de funcionamiento adaptativo.

El Criterio A se refiere a funciones intelectuales que implican razonamiento, resolución de problemas, planificación, pensamiento abstracto, juicio, aprendizaje a partir de la instrucción y la experiencia, y comprensión práctica. Los componentes críticos incluyen comprensión verbal, memoria de trabajo, percepción

Machine Translated by Google

razonamiento, razonamiento cuantitativo, pensamiento abstracto y eficacia cognitiva. El funcionamiento intelectual generalmente se mide con pruebas de inteligencia administradas individualmente y psicométricamente válidas, integrales y culturalmente apropiadas. Los individuos con trastorno del desarrollo intelectual tienen puntuaciones de aproximadamente dos desviaciones estándar o más por debajo de la media de la población, incluido un margen de error de medición (generalmente ± 5 puntos). En pruebas con una desviación estándar de 15 y una media de 100, esto implica una puntuación de 65 a 75 (70 ± 5). Se requiere formación clínica y juicio para interpretar los resultados de las pruebas y evaluar el rendimiento intelectual.

Los factores que pueden afectar los puntajes de las pruebas incluyen efectos de la práctica (es decir, aprender de las pruebas repetidas) y el “efecto Flynn” (es decir, puntuaciones demasiado altas debido a normas de pruebas desactualizadas). Las puntuaciones no válidas pueden resultar del uso de pruebas breves de detección de inteligencia o pruebas grupales; puntuaciones de subpruebas individuales altamente discrepantes pueden invalidar una puntuación general de CI. Los instrumentos deben estar normados para el entorno sociocultural y la lengua materna del individuo. Los trastornos concurrentes que afectan la comunicación, el lenguaje y/o la función motora o sensorial pueden afectar los puntajes de las pruebas. Los perfiles cognitivos individuales basados en pruebas neuropsicológicas, así como en evaluaciones intelectuales cruzadas (usando múltiples pruebas de coeficiente intelectual u otras pruebas cognitivas para crear un perfil) son más útiles para comprender las capacidades intelectuales que una sola puntuación de coeficiente intelectual.

Dichas pruebas pueden identificar áreas de fortalezas y debilidades relativas, una evaluación importante para la planificación académica y vocacional. Los puntajes de las pruebas de CI son aproximaciones al funcionamiento conceptual, pero pueden ser insuficientes para evaluar el razonamiento en situaciones de la vida real y el dominio de tareas prácticas. Por ejemplo, una persona con déficits en el funcionamiento intelectual cuyo coeficiente intelectual esté algo por encima de 65-75 puede, no obstante, tener problemas de conducta adaptativa tan sustanciales en el juicio social u otras áreas del funcionamiento adaptativo que el funcionamiento real de la persona sea clínicamente comparable al de individuos con un coeficiente intelectual algo superior a 65-75. puntuación de CI más baja. Por tanto, el juicio clínico es importante a la hora de interpretar los resultados de las pruebas de coeficiente intelectual, y utilizarlos como único criterio para el diagnóstico de un trastorno del desarrollo intelectual es insuficiente.

Los déficits en el funcionamiento adaptativo (Criterio B) se refieren a qué tan bien una persona cumple con los estándares comunitarios de independencia personal y responsabilidad social, en comparación con otras personas de edad y origen sociocultural similares. El funcionamiento adaptativo implica razonamiento adaptativo en tres dominios: conceptual, social y práctico. El dominio conceptual (académico) implica competencia en memoria, lenguaje, lectura, escritura, razonamiento matemático, adquisición de conocimientos prácticos, resolución de problemas y juicio en situaciones nuevas, entre otros. El dominio social implica conciencia de los pensamientos, sentimientos y experiencias de los demás; empatía; habilidades de comunicación interpersonal; habilidades de amistad; y juicio social, entre otros. El dominio práctico implica el aprendizaje y la autogestión en todos los entornos de la vida, incluido el cuidado personal, las responsabilidades laborales, la administración del dinero, la recreación, la autogestión del comportamiento y la organización de las tareas escolares y laborales, entre otros. La capacidad intelectual, la educación, la motivación, la socialización, los rasgos de personalidad, las oportunidades vocacionales, la experiencia cultural y otras condiciones médicas o trastornos mentales coexistentes influyen en el funcionamiento adaptativo.

El funcionamiento adaptativo se evalúa mediante evaluación clínica y medidas individualizadas, culturalmente apropiadas y psicométricamente sólidas. Se utilizan medidas estandarizadas con informantes informados (p. ej., padre u otro miembro de la familia; maestro; consejero; proveedor de atención) y el individuo en la medida de lo posible. Otras fuentes de información incluyen

Machine Translated by Google

evaluaciones educativas, de desarrollo, médicas y de salud mental. Las puntuaciones de medidas estandarizadas y fuentes de entrevistas deben interpretarse utilizando el criterio clínico. Cuando las pruebas estandarizadas son difíciles o imposibles, debido a una variedad de factores (p. ej., deterioro sensorial, conducta problemática grave), al individuo se le puede diagnosticar un trastorno del desarrollo intelectual no especificado. El funcionamiento adaptativo puede ser difícil de evaluar en un entorno controlado (p. ej., prisiones, centros de detención); si es posible, se debe obtener información corroborativa que refleje el funcionamiento fuera de esos entornos.

El Criterio B se cumple cuando al menos un dominio del funcionamiento adaptativo (conceptual, social o práctico) está suficientemente deteriorado como para que se necesite apoyo continuo para que la persona se desempeñe adecuadamente en múltiples entornos, como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad. .
El criterio C, inicio durante el período de desarrollo, se refiere al reconocimiento de que los déficits intelectuales y adaptativos están presentes durante la niñez o la adolescencia.

Una evaluación integral incluye una evaluación de la capacidad intelectual y el funcionamiento adaptativo; identificación de etiologías genéticas y no genéticas; evaluación de afecciones médicas asociadas (p. ej., parálisis cerebral, trastorno convulsivo); y evaluación de trastornos mentales, emocionales y de conducta concurrentes. Los componentes de la evaluación pueden incluir antecedentes médicos pre y perinatales básicos, pedigrí familiar de tres generaciones, examen físico, evaluación genética (p. ej., análisis de cariotipo o micromatrices cromosómicas y pruebas para síndromes genéticos específicos) y evaluación metabólica y de neuroimagen.

Funciones asociadas

El trastorno del desarrollo intelectual es una condición heterogénea con múltiples causas. Puede haber dificultades asociadas con el juicio social; evaluación de riesgos; autocontrol del comportamiento, emociones o relaciones interpersonales; o motivación en la escuela o

ambientes de trabajo. Debido a la falta de conciencia sobre los riesgos y peligros, las tasas de lesiones accidentales pueden aumentar. La falta de habilidades de comunicación puede predisponer a conductas disruptivas y agresivas. La credulidad es a menudo una característica que implica ingenuidad en situaciones sociales y una tendencia a dejarse guiar fácilmente por los demás. La credulidad y la falta de conciencia del riesgo pueden resultar en explotación por parte de otros y posible victimización, fraude, participación criminal no intencional, confesiones falsas y riesgo de abuso físico y sexual. Estas características asociadas pueden ser importantes en casos penales, incluidas audiencias tipo Atkins que involucran la pena de muerte.

Más allá de los déficits en el funcionamiento adaptativo, los individuos también pueden angustiarse por sus limitaciones intelectuales. Si bien no siempre se considera que dicha angustia tenga un impacto en el funcionamiento, la angustia puede representar una característica importante del escenario clínico.

Predominio

El trastorno del desarrollo intelectual tiene una prevalencia en la población general de aproximadamente 10 por 1.000; sin embargo, la prevalencia global varía según el país y el nivel de desarrollo, siendo aproximadamente 16 por 1.000 en los países de ingresos medios y 9 por 1.000 en los países de ingresos altos. La prevalencia también varía según la edad, siendo mayor en jóvenes que en adultos.
En Estados Unidos, la prevalencia por cada 1.000 habitantes no varía significativamente según los grupos etnoraciales.

Machine Translated by Google

Desarrollo y evolución

El inicio del trastorno del desarrollo intelectual se produce en el período de desarrollo. La edad y los rasgos característicos de inicio dependen de la etiología y la gravedad de la disfunción cerebral. El retraso en los hitos motores, del lenguaje y sociales puede ser identificable dentro de los primeros 2 años de vida entre aquellos con un trastorno del desarrollo intelectual más grave, mientras que los niveles leves pueden no ser identificables hasta la edad escolar, cuando la dificultad con el aprendizaje académico se vuelve evidente. Todos los criterios (incluido el Criterio C) deben cumplirse mediante antecedentes o presentación actual. Algunos niños menores de 5 años cuya presentación eventualmente cumplirá con los criterios de trastorno del desarrollo intelectual tienen déficits que cumplen con los criterios de retraso global del desarrollo.

Cuando el trastorno del desarrollo intelectual se asocia con un síndrome genético, puede haber una apariencia física característica (p. ej., como en el síndrome de Down). Algunos síndromes tienen un fenotipo conductual, que se refiere a comportamientos específicos que son característicos de un trastorno genético particular (p. ej., síndrome de Lesch-Nyhan). En las formas adquiridas, el inicio puede ser abrupto después de una enfermedad como meningitis o encefalitis o un traumatismo craneoencefálico ocurrido durante el período de desarrollo. Cuando el trastorno del desarrollo intelectual es el resultado de una pérdida de habilidades cognitivas previamente adquiridas, como en el caso de una lesión cerebral traumática grave, se pueden asignar ambos diagnósticos de trastorno del desarrollo intelectual y de trastorno neurocognitivo.

Aunque el trastorno del desarrollo intelectual por lo general no es progresivo, en ciertos trastornos genéticos (p. ej., síndrome de Rett) hay períodos de empeoramiento, seguidos de estabilización, y en otros (p. ej., síndrome de Sanfilippo, síndrome de Down) empeoramiento progresivo de la función intelectual en diversos grados. En algunos casos, el empeoramiento progresivo del funcionamiento intelectual puede representar la superposición del trastorno neurocognitivo que se desarrolla en la edad adulta (es decir, las personas con síndrome de Down tienen un alto riesgo de desarrollar un trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Alzheimer en la edad adulta). En esta situación, se dan ambos diagnósticos, trastorno del desarrollo intelectual y trastorno neurocognitivo.

El trastorno generalmente dura toda la vida, aunque los niveles de gravedad pueden cambiar con el tiempo. El curso puede verse influenciado por condiciones médicas o genéticas subyacentes y condiciones concurrentes (p. ej., discapacidad auditiva o visual, epilepsia). Las intervenciones tempranas y continuas pueden mejorar el funcionamiento adaptativo durante la niñez y la edad adulta. En algunos casos, esto da como resultado una mejora significativa del funcionamiento intelectual, de modo que el

El diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual ya no es apropiado. Por lo tanto, es una práctica común al evaluar a bebés y niños pequeños retrasar el diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual hasta que se haya proporcionado un curso de intervención adecuado. Para niños mayores y adultos, el alcance del apoyo brindado puede permitir la participación plena en todas las actividades de la vida diaria y una mejor función adaptativa. Las evaluaciones diagnósticas deben determinar si las habilidades adaptativas mejoradas son el resultado de una adquisición estable y generalizada de nuevas habilidades (en cuyo caso el diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual puede ya no ser apropiado) o si la mejora depende de la presencia de apoyos e intervenciones continuas (en cuyo caso el diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual aún puede ser apropiado).

Factores de riesgo y pronóstico

Machine Translated by Google

Genético y fisiológico. Las etiologías prenatales incluyen síndromes genéticos (p. ej., variaciones de secuencia o variantes del número de copias que involucran uno o más genes; trastornos cromosómicos), errores congénitos del metabolismo, malformaciones cerebrales, enfermedades maternas (incluida la enfermedad placentaria) e influencias ambientales (p. ej., alcohol, otras drogas). , toxinas, teratógenos). Las causas perinatales incluyen una variedad de eventos relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento que conducen a encefalopatía neonatal. Las causas posnatales incluyen lesión isquémica hipóxica, lesión cerebral traumática, infecciones, trastornos desmielinizantes, trastornos convulsivos (p. ej., espasmos infantiles), privación social grave y crónica y síndromes metabólicos tóxicos e intoxicaciones (p. ej., plomo, mercurio).

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura El

trastorno del desarrollo intelectual ocurre en todos los grupos etnoraciales. Las diferencias de prevalencia entre contextos sociales y culturales pueden deberse a variaciones en los riesgos ambientales (p. ej., lesiones perinatales, privación social crónica) del trastorno que están asociados con el nivel socioeconómico y el acceso a atención médica de calidad. Por ejemplo, en Australia Occidental, la prevalencia poblacional de trastornos del desarrollo intelectual entre los niños aborígenes es de 39 por 1.000 personas, en comparación con 16 por 1.000 entre la población juvenil no aborigen más rica. Durante la evaluación se necesita sensibilidad cultural y conocimiento de las condiciones socioestructurales y de los antecedentes socioeconómicos, étnicos, culturales y lingüísticos del individuo; experiencias disponibles; y se debe considerar el funcionamiento adaptativo dentro de su comunidad y entorno cultural.

Las explicaciones culturales del trastorno del desarrollo intelectual varían y pueden incluir creencias culturales sobre influencias sobrenaturales y castigos por malas acciones supuestas o reales por parte de la madre o los padres, que pueden estar asociadas con vergüenza y falta de información sobre el trastorno.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género En general,

los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de ser diagnosticados con formas leves (promedio hombre:mujer 1,6:1) y graves (promedio hombre:mujer 1,2:1) de trastorno del desarrollo intelectual. Sin embargo, las proporciones de sexos varían ampliamente en los estudios informados. Los factores genéticos ligados al sexo, las diferencias sexuales en otros factores genéticos, como las variantes específicas del número de copias, y la vulnerabilidad masculina a las lesiones cerebrales pueden explicar algunas de las diferencias sexuales.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Las personas con un

trastorno del desarrollo intelectual pueden correr riesgo de suicidio asociado con un trastorno mental comórbido, una función intelectual y adaptativa superior y factores estresantes del pasado inmediato. El trastorno mental comórbido puede manifestarse de forma atípica en un trastorno del desarrollo intelectual; por lo tanto, reconocer la comorbilidad y detectar pensamientos suicidas es importante en el proceso de evaluación, con especial atención al cambio en el comportamiento del individuo.

Diagnóstico diferencial El diagnóstico

de trastorno del desarrollo intelectual debe realizarse siempre que se cumplan los criterios A, B y C. No se debe asumir un diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual debido a una condición genética o médica particular. Un síndrome genético relacionado con un trastorno del desarrollo intelectual debe tenerse en cuenta como diagnóstico concurrente con el trastorno intelectual.

Machine Translated by Google

trastorno del desarrollo.

Trastornos neurocognitivos mayores y leves. El trastorno del desarrollo intelectual se clasifica como un trastorno del desarrollo neurológico y se diferencia de los trastornos neurocognitivos, que se caracterizan por una pérdida del funcionamiento cognitivo. El trastorno neurocognitivo importante puede coexistir con un trastorno del desarrollo intelectual (p. ej., un individuo con síndrome de Down que desarrolla la enfermedad de Alzheimer o un individuo con un trastorno del desarrollo intelectual que pierde más capacidad cognitiva después de una lesión en la cabeza). En tales casos, se pueden dar ambos diagnósticos, trastorno del desarrollo intelectual y trastorno neurocognitivo. Además, cuando hay una estabilización del funcionamiento cognitivo después de una lesión cerebral traumática o no traumática que comienza en el período de desarrollo (niñez y adolescencia), y no hay un deterioro cognitivo continuo, se pueden utilizar diagnósticos tanto de trastorno neurocognitivo como de trastorno del desarrollo intelectual si se cumplen los criterios de diagnóstico. se reunió por trastorno del desarrollo intelectual.

Trastornos de la comunicación y trastorno específico del aprendizaje. Estos trastornos del desarrollo neurológico son específicos de los dominios de la comunicación y el aprendizaje y no muestran déficits en el comportamiento intelectual y adaptativo. Pueden coexistir con un trastorno del desarrollo intelectual. Ambos diagnósticos se realizan si se cumplen todos los criterios para un trastorno del desarrollo intelectual y un trastorno de la comunicación o un trastorno específico del aprendizaje.

Desorden del espectro autista. El trastorno del desarrollo intelectual es común entre las personas con trastorno del espectro autista. La evaluación de la capacidad intelectual puede verse complicada por los déficits de comunicación social y de conducta inherentes al trastorno del espectro autista, que pueden interferir con la comprensión y el cumplimiento de los procedimientos de la prueba. Es esencial una evaluación adecuada del funcionamiento intelectual en el trastorno del espectro autista, con una reevaluación a lo largo del período de desarrollo, porque las puntuaciones del coeficiente intelectual en el trastorno del espectro autista pueden ser inestables, particularmente en la primera infancia.

Comorbilidad

La coexistencia de afecciones del neurodesarrollo y otras afecciones mentales y médicas son frecuentes en los trastornos del desarrollo intelectual, con tasas de algunas afecciones (p. ej., trastornos mentales, parálisis cerebral y epilepsia) de tres a cuatro veces más altas que en la población general. El pronóstico y el resultado de diagnósticos concurrentes pueden verse influenciados por la presencia de un trastorno del desarrollo intelectual. Los procedimientos de evaluación pueden requerir modificaciones debido a trastornos asociados, incluidos trastornos de la comunicación, trastornos del espectro autista y trastornos motores, sensoriales u otros. Los informantes bien informados son esenciales para identificar síntomas como irritabilidad, desregulación del estado de ánimo, agresión, problemas alimentarios y de sueño, y para evaluar el funcionamiento adaptativo en diversos entornos comunitarios.

Los trastornos del desarrollo neurológico y otros trastornos mentales concurrentes más comunes son el trastorno por déficit de atención e hiperactividad; trastornos depresivos y bipolares; desórdenes de ansiedad; desorden del espectro autista; trastorno de movimientos estereotipados (con o sin conducta autolesiva); trastornos del control de los impulsos; y trastorno neurocognitivo mayor. El trastorno depresivo mayor puede ocurrir en todo el rango de gravedad del trastorno del desarrollo intelectual. La conducta autolesiva requiere atención diagnóstica inmediata y puede justificar un diagnóstico separado de trastorno de movimientos estereotipados. Las personas con un trastorno del desarrollo intelectual, en particular aquellas con un trastorno del desarrollo intelectual más grave, también pueden exhibir agresión y conductas disruptivas, incluido el daño a otros o la destrucción de propiedad.

Machine Translated by Google

Las personas con trastornos del desarrollo intelectual tienen desproporcionadamente más problemas de salud, incluida la obesidad, que la población general. Con frecuencia no pueden verbalizar los síntomas físicos que están experimentando. Esto puede provocar que los problemas de salud no se diagnostiquen ni se traten.

Relación con otras clasificaciones La CIE-11 utiliza el

término trastornos del desarrollo intelectual para indicar que se trata de trastornos que implican un funcionamiento deficiente del cerebro en las primeras etapas de la vida. Estos trastornos se describen en la CIE-11 como un metasíndrome que ocurre en el período de desarrollo, análogo a la demencia o al trastorno neurocognitivo mayor en una etapa posterior de la vida. Hay cuatro subtipos de trastornos del desarrollo intelectual en la CIE-11: leve, moderado, grave y profundo.

La Asociación Estadounidense sobre Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) utiliza el término discapacidad intelectual. La clasificación de la AAIDD es multidimensional más que categórica y se basa en el constructo de discapacidad. En lugar de enumerar los especificadores de gravedad como se hace en el DSM-5, la AAIDD enfatiza un perfil de apoyo basado en la gravedad.

Retraso en el desarrollo global

F88

Este diagnóstico está reservado para personas menores de 5 años cuando el nivel de gravedad clínica no puede evaluarse de manera confiable durante la primera infancia. Esta categoría se diagnostica cuando un individuo no logra alcanzar los hitos de desarrollo esperados en varias áreas del funcionamiento intelectual y se aplica a personas que no pueden someterse a evaluaciones sistemáticas del funcionamiento intelectual, incluidos los niños que son demasiado pequeños para participar en pruebas estandarizadas. Esta categoría requiere una reevaluación después de un período de tiempo.

Trastorno del desarrollo intelectual no especificado (Discapacidad intelectual)

F79

Esta categoría está reservada para personas mayores de 5 años cuando la evaluación del grado de trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) mediante procedimientos disponibles localmente se hace difícil o imposible debido a deficiencias sensoriales o físicas asociadas, como en el caso de la ceguera o la sordera prelocutiva. ; discapacidad locomotora; o presencia de conductas problemáticas graves o trastorno mental concurrente.

Esta categoría sólo debe utilizarse en circunstancias excepcionales y requiere una reevaluación después de un período de tiempo.

Machine Translated by Google

desordenes comunicacionales

Los trastornos de la comunicación incluyen déficits en el lenguaje, el habla y la comunicación. El habla es la producción expresiva de sonidos e incluye la articulación, la fluidez, la voz y la calidad de resonancia de un individuo. El lenguaje incluye la forma, función y uso de un sistema convencional de símbolos (es decir, palabras habladas, lenguaje de señas, palabras escritas, imágenes) en un

Manera de comunicación gobernada por reglas. La comunicación incluye cualquier comportamiento verbal o no verbal (ya sea intencional o no) que tenga el potencial de influir en el comportamiento, las ideas o las actitudes de otro individuo. Las evaluaciones de las habilidades del habla, el lenguaje y la comunicación deben tener en cuenta el contexto cultural y lingüístico del individuo, particularmente para las personas que crecen en entornos bilingües. Las medidas estandarizadas del desarrollo del lenguaje y de la capacidad intelectual no verbal deben ser relevantes para el grupo cultural y lingüístico (es decir, las pruebas desarrolladas y estandarizadas para un grupo pueden no proporcionar normas apropiadas para un grupo diferente). La categoría diagnóstica de trastornos de la comunicación incluye lo siguiente: trastorno del lenguaje, trastorno de los sonidos del habla, trastorno de la fluidez que comienza en la niñez (tartamudez), trastorno de la comunicación social (pragmático) y trastornos de la comunicación no especificados. Las diferencias de sexo en el desarrollo de la comunicación temprana pueden dar lugar a mayores tasas de prevalencia de trastornos de la comunicación en niños en comparación con niñas. Dadas las características asociadas de los trastornos de la comunicación y la relación de la comunicación con otros dominios del desarrollo, los trastornos de la comunicación tienen altas tasas de comorbilidad con otros trastornos del neurodesarrollo (p. ej., trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno específico del aprendizaje, trastorno intelectual). trastorno del desarrollo [discapacidad intelectual]), trastornos mentales (p. ej., trastornos de ansiedad) y algunas afecciones médicas (p. ej., trastornos convulsivos, anomalías cromosómicas específicas).

Trastorno del lenguaje

Criterios de diagnóstico F80.2

A. Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas las modalidades (es decir, hablado, escrito, lenguaje de señas u otro) debido a déficits en la comprensión o producción que incluyen lo siguiente: 1. Vocabulario reducido

(conocimiento y uso de palabras).

2. Estructura de oración limitada (capacidad para juntar palabras y terminaciones de palabras para formar oraciones basadas en las reglas de gramática y morfología).

3. Deficiencias en el discurso (capacidad de usar vocabulario y conectar oraciones para explicar o describir un tema o una serie de eventos o tener una conversación).

Machine Translated by Google

B. Las habilidades lingüísticas están sustancial y cuantificablemente por debajo de las esperadas para la edad, lo que resulta en limitaciones funcionales en la comunicación efectiva, la participación social, el rendimiento académico o el desempeño ocupacional, individualmente o en cualquier combinación.

C. La aparición de los síntomas se produce en el período temprano del desarrollo.

D. Las dificultades no son atribuibles a la audición u otra discapacidad sensorial, disfunción motora u otra condición médica o neurológica y no se explican mejor por un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) o un retraso global en el desarrollo.

Características diagnósticas Las características esenciales del trastorno del lenguaje son las dificultades en la adquisición y el uso del lenguaje debido a déficits en la comprensión o producción de vocabulario, gramática, estructura de oraciones y discurso. Los déficits del lenguaje son evidentes en la comunicación hablada, la comunicación escrita o la lengua de signos. El aprendizaje y uso del lenguaje depende tanto de las habilidades receptivas como expresivas. La capacidad expresiva se refiere a la producción de señales vocales, gestuales o verbales, mientras que la capacidad receptiva se refiere al proceso de recibir y comprender mensajes del lenguaje.
Las habilidades lingüísticas deben evaluarse tanto en la modalidad expresiva como en la receptiva, ya que pueden diferir en gravedad.

El trastorno del lenguaje generalmente afecta el vocabulario y la gramática, y estos efectos luego limitan la capacidad de discurso. Es probable que las primeras palabras y frases del niño se retrasen

en inicio; el tamaño del vocabulario es menor y menos variado de lo esperado; y las oraciones son más cortas y menos complejas con errores gramaticales, especialmente en tiempo pasado. Con frecuencia se subestiman los déficits en la comprensión del lenguaje, ya que los niños pueden ser buenos utilizando el contexto para inferir el significado. Puede haber problemas para encontrar palabras, definiciones verbales empobrecidas o mala comprensión de sinónimos, significados múltiples o juegos de palabras apropiados para la edad y la cultura.
Los problemas para recordar palabras y oraciones nuevas se manifiestan por dificultades para seguir instrucciones cada vez más largas, dificultades para ensayar cadenas de información verbal (p. ej., recordar un número de teléfono o una lista de compras) y dificultades para recordar secuencias de sonidos novedosos, una habilidad que puede ser importante para aprendiendo nuevas palabras. Las dificultades con el discurso se manifiestan por una capacidad reducida para proporcionar información adecuada sobre los acontecimientos clave y narrar una historia coherente.

La dificultad del lenguaje se manifiesta por habilidades sustancial y cuantificablemente inferiores a las esperadas para la edad e interfieren significativamente con el rendimiento académico, el desempeño ocupacional, la comunicación efectiva o la socialización (Criterio B). Un diagnóstico de trastorno del lenguaje se realiza basándose en la síntesis de la historia del individuo, la observación clínica directa en diferentes contextos (es decir, el hogar, la escuela o el trabajo) y las puntuaciones de pruebas estandarizadas de capacidad lingüística que pueden usarse para guiar las estimaciones de la gravedad. .

Funciones asociadas

Machine Translated by Google

Los individuos, incluso los niños, pueden ser expertos en adaptarse a su lenguaje limitado. Pueden parecer tímidos o reticentes a hablar. Es posible que las personas afectadas prefieran comunicarse sólo con miembros de la familia u otras personas conocidas. Aunque estos indicadores sociales no son diagnósticos de un trastorno del lenguaje, si son notables y persistentes, justifican la derivación a un estudio completo del lenguaje.
evaluación.

Desarrollo y curso La adquisición del

lenguaje está marcada por cambios desde el inicio en la niñez hasta el nivel de competencia adulto que aparece durante la adolescencia. Los cambios aparecen en todas las dimensiones del lenguaje (sonidos, palabras, gramática, narrativas/textos expositivos y habilidades conversacionales) en incrementos y sincronías clasificados por edad. El trastorno del lenguaje surge durante el período temprano del desarrollo; sin embargo, existe una variación considerable en la adquisición temprana de vocabulario y en las combinaciones tempranas de palabras. Las diferencias individuales en la primera infancia no son, como indicadores únicos, altamente predictivos de resultados posteriores, aunque un inicio tardío del lenguaje a la edad de 24 meses en una muestra poblacional fue el mejor predictor de resultados a la edad de 7 años. A los 4 años, las diferencias individuales en la capacidad del lenguaje son más estables, con mayor precisión en las mediciones y son altamente predictivas de resultados posteriores. Es probable que el trastorno del lenguaje diagnosticado en niños de 4 años o más se mantenga estable en el tiempo y generalmente persista hasta la edad adulta, aunque es probable que el perfil particular de las fortalezas y deficiencias del lenguaje cambie a lo largo del desarrollo.

Los trastornos del lenguaje pueden tener consecuencias sociales a lo largo de la vida. Los niños con trastornos del lenguaje corren el riesgo de ser victimizados por sus compañeros. Para las mujeres con trastornos del lenguaje infantil, podría haber casi tres veces más riesgo de agresión sexual en la edad adulta, en comparación con los niños no afectados.

Factores de riesgo y pronóstico Los niños con

deficiencias del lenguaje receptivo tienen un peor pronóstico que aquellos con deficiencias predominantemente expresivas. Las deficiencias del lenguaje receptivo son más resistentes al tratamiento y con frecuencia se observan dificultades con la comprensión lectora.

Ambiental. El bilingüismo no causa ni empeora un trastorno del lenguaje, pero los niños bilingües pueden presentar retrasos o diferencias en el desarrollo del lenguaje. A

el trastorno del lenguaje en niños bilingües afectará a ambos idiomas; por lo tanto, es importante considerar la evaluación en ambos idiomas.

Genético y fisiológico. Los trastornos del lenguaje son altamente hereditarios y es más probable que los miembros de la familia tengan antecedentes de deterioro del lenguaje. Los estudios poblacionales de gemelos informan consistentemente una heredabilidad sustancial del trastorno del lenguaje, y los estudios moleculares sugieren que múltiples genes interactúan en vías causales.

Diagnóstico Diferencial Variaciones

normales del lenguaje. Es necesario distinguir el trastorno del lenguaje de las variaciones normales del desarrollo, y esta distinción puede ser difícil de hacer antes de los 4 años.

Se deben considerar las variaciones regionales, sociales o culturales/étnicas del idioma (p. ej., dialectos)

Machine Translated by Google

cuando un individuo está siendo evaluado por deterioro del lenguaje.

Audición u otra discapacidad sensorial. Es necesario excluir la discapacidad auditiva como la causa principal de las dificultades del lenguaje. Los déficits del lenguaje pueden estar asociados con una discapacidad auditiva, otro déficit sensorial o un déficit motor del habla. Cuando los déficits del lenguaje superan los habitualmente asociados con estos problemas, se puede realizar un diagnóstico de trastorno del lenguaje.

Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual). El deterioro del lenguaje es a menudo la característica de presentación del trastorno del desarrollo intelectual. Sin embargo, es posible que el diagnóstico definitivo de trastorno del desarrollo intelectual no se realice hasta que el niño pueda completar las evaluaciones estandarizadas. El trastorno del lenguaje puede ocurrir con diversos grados de capacidad intelectual, y no es necesaria una discrepancia entre la capacidad verbal y no verbal para un diagnóstico de trastorno del lenguaje.

Desorden del espectro autista. El trastorno del espectro autista se manifiesta frecuentemente con un retraso en el desarrollo del lenguaje. Sin embargo, el trastorno del espectro autista suele ir acompañado de comportamientos que no están presentes en el trastorno del lenguaje, como la falta de interés social o interacciones sociales inusuales (p. ej., tirar de la mano a las personas sin intentar mirarlas), patrones de juego extraños (p. ej., cargar juguetes alrededor pero nunca jugar con ellos), patrones de comunicación inusuales (p. ej., conocer el alfabeto pero no responder a su propio nombre) y adherencia rígida a rutinas y comportamientos repetitivos (p. ej., aletear, girar, ecolalia).

Desórdenes neurológicos. El trastorno del lenguaje puede adquirirse en asociación con trastornos neurológicos, incluida la epilepsia (p. ej., afasia adquirida o síndrome de Landau-Kleffner).

Regresión del lenguaje. La pérdida del habla y del lenguaje en un niño de cualquier edad justifica una evaluación exhaustiva para determinar si existe una afección neurológica específica, como el síndrome de Landau-Kleffner. La pérdida del lenguaje puede ser un síntoma de convulsiones y es necesaria una evaluación diagnóstica para excluir la presencia de epilepsia (p. ej., electroencefalograma de rutina y del sueño).

La disminución de las conductas sociales y de comunicación críticas durante los primeros 2 años de vida es evidente en la mayoría de los niños que presentan un trastorno del espectro autista y debería indicar la necesidad de una evaluación del trastorno del espectro autista.

Comorbilidad El

trastorno del lenguaje puede estar asociado con otros trastornos del desarrollo neurológico en términos de trastorno específico del aprendizaje (alfabetización y aritmética), trastorno del desarrollo intelectual, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno del espectro autista y trastorno del desarrollo de la coordinación. También se asocia con un trastorno de la comunicación social (pragmática). En muestras clínicas, el trastorno del lenguaje puede coexistir con el trastorno de los sonidos del habla, aunque los datos de una gran muestra poblacional de niños de 6 años en los Estados Unidos sugieren que la comorbilidad podría ser rara (1,3%). A menudo hay antecedentes familiares positivos de trastornos del habla o del lenguaje.

Trastorno de los sonidos del habla

Criterios de diagnóstico F80.0

Machine Translated by Google

A. Dificultad persistente con la producción de sonidos del habla que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes.

B. La perturbación causa limitaciones en la comunicación efectiva que interfieren con la participación social, el rendimiento académico o el desempeño ocupacional, individualmente o en cualquier combinación.

C. La aparición de los síntomas se produce en el período temprano del desarrollo.

D. Las dificultades no son atribuibles a condiciones congénitas o adquiridas, como parálisis cerebral, paladar hendido, sordera o pérdida de audición, lesión cerebral traumática u otras condiciones médicas o neurológicas.

Características diagnósticas La producción de sonidos del habla describe la articulación clara de los fonemas (es decir, sonidos individuales) que en combinación forman las palabras habladas. La producción de sonidos del habla requiere tanto el conocimiento fonológico de los sonidos del habla como la capacidad de coordinar los movimientos de los articuladores (es decir, la mandíbula, la lengua y los labios) con la respiración y la vocalización para el habla. Los niños con dificultades en la producción del habla pueden experimentar dificultades con el conocimiento fonológico de los sonidos del habla o con la capacidad de coordinar movimientos para el habla en diversos grados. Un trastorno de los sonidos del habla se diagnostica cuando la producción de sonidos del habla no es la esperada según la edad y la etapa de desarrollo del niño y cuando los déficits no son el resultado de una discapacidad física, estructural, neurológica o auditiva. Entre los niños con un desarrollo normal a los 3 años, el habla general debería ser inteligible, mientras que a los 2 años, sólo el 50% puede ser comprensible. Los niños tienen más probabilidades (rango de 1,5 a 1,8 a 1,0) de sufrir un trastorno de los sonidos del habla que las niñas.

Funciones asociadas

Se puede encontrar que el trastorno del lenguaje coexiste con el trastorno de los sonidos del habla, aunque la coexistencia es rara a los 6 años de edad. A menudo hay antecedentes familiares positivos de trastornos del habla o del lenguaje.

Si la capacidad de coordinar rápidamente los articuladores es un aspecto particular de dificultad, puede haber antecedentes de retraso o falta de coordinación en la adquisición de habilidades que también utilizan los articuladores y la musculatura facial relacionada; entre otras, estas habilidades incluyen masticar, mantener la boca cerrada y sonarse la nariz. Otras áreas de la coordinación motora pueden verse afectadas, como en el trastorno de coordinación del desarrollo. Los términos apraxia del habla infantil y dispraxia verbal se utilizan para problemas de producción del habla con componentes motores.

Desarrollo y curso Aprender a producir sonidos del habla con claridad y precisión y aprender a producir un habla conectada con fluidez son habilidades de desarrollo. La articulación de los sonidos del habla sigue un patrón de desarrollo, que se refleja en las normas de edad de las pruebas estandarizadas. No es inusual que los niños con un desarrollo típico utilicen procesos de desarrollo para acortar palabras y sílabas a medida que aprenden a hablar, pero su progresión en el dominio de la producción de sonidos del habla debería resultar en un habla mayoritariamente inteligible a los 3 años. Los niños con trastornos de los sonidos del habla siguen consumiendo

Machine Translated by Google

Procesos inmaduros de simplificación fonológica más allá de la edad en la que la mayoría de los niños pueden producir palabras con claridad.

La mayoría de los sonidos del habla deben producirse con claridad y la mayoría de las palabras deben pronunciarse. con precisión según la edad y las normas de la comunidad a los 5 años. lo mas

Los sonidos frecuentemente mal articulados en inglés también tienden a aprenderse más tarde, lo que los lleva a ser llamados los “ocho tardíos” (l, r, s, z, th, ch, dzh y zh). La mala articulación de cualquiera de estos sonidos por sí sola podría considerarse dentro de los límites normales hasta los 8 años; sin embargo, cuando se trata de múltiples sonidos, es importante centrarse en algunos de esos sonidos como parte de un plan para mejorar la inteligibilidad, en lugar de esperar hasta la edad en la que casi todos los niños puedan producirlos con precisión. El ceceo (es decir, sibilancias mal articuladas) es particularmente común y puede implicar patrones frontales o laterales de dirección de la corriente de aire. Puede estar asociado con un patrón de deglución con empuje de la lengua.

La mayoría de los niños con trastorno de los sonidos del habla responden bien al tratamiento y las dificultades del habla mejoran con el tiempo, por lo que es posible que el trastorno no dure toda la vida. Sin embargo, cuando también está presente un trastorno del lenguaje, el trastorno del habla tiene un peor pronóstico y puede estar asociado con un trastorno del aprendizaje específico.

Diagnóstico Diferencial Variaciones normales del habla. Se deben considerar las variaciones regionales, sociales o culturales/étnicas del habla antes de hacer el diagnóstico. Los niños bilingües pueden demostrar una calificación general de inteligibilidad más baja, cometer más errores generales de consonantes y vocales y producir patrones de errores menos comunes que los niños monolingües de habla inglesa cuando se les evalúa solo en inglés.

Audición u otra discapacidad sensorial. Las personas sordas o con problemas de audición pueden tener errores en la producción de sonidos del habla. Cuando los déficits del habla exceden los normalmente asociados con estos problemas, se puede realizar un diagnóstico de trastorno de los sonidos del habla.

Déficits estructurales. La alteración del habla puede deberse a déficits estructurales (p. ej., paladar hendido).

Disartria. La alteración del habla puede ser atribuible a un trastorno motor, como la parálisis cerebral. Los signos neurológicos, así como las características distintivas de la voz, diferencian la disartria del trastorno de los sonidos del habla, aunque en niños pequeños (menores de 3 años) la diferenciación puede ser difícil, particularmente cuando la afectación motora general del cuerpo es mínima o nula (como, por ejemplo, en Worster -Síndrome de sequía).

Mutismo selectivo. El uso limitado del habla puede ser un signo de mutismo selectivo, un trastorno de ansiedad que se caracteriza por la falta de habla en uno o más contextos o entornos. El mutismo selectivo puede desarrollarse en niños con un trastorno del habla debido a la vergüenza por sus deficiencias, pero muchos niños con mutismo selectivo exhiben un habla normal en entornos "seguros", como en casa o con amigos cercanos.

Comorbilidad El habla puede verse alterada de manera diferencial en ciertas condiciones genéticas (p. ej., síndrome de Down, deleción 22q, mutación del gen FoxP2). Si están presentes, también deben codificarse.

Machine Translated by Google

Trastorno de fluidez de inicio en la infancia (tartamudez)

Criterios de diagnóstico F80.81

A. Alteraciones en la fluidez normal y el patrón temporal del habla que son inapropiadas para la edad y las habilidades lingüísticas del individuo, persisten en el tiempo y se caracterizan por apariciones frecuentes y marcadas de uno (o más) de los siguientes: 1. Sonido y sílaba repeticiones.

2. Prolongaciones sonoras tanto de consonantes como de vocales.

3. Palabras entrecortadas (p. ej., pausas dentro de una palabra).
4. Bloqueo audible o silencioso (pausas completas o no completas en el habla).
5. Circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas).
6. Palabras producidas con exceso de tensión física.
7. Repeticiones monosilábicas de palabras completas (p. ej., "IIII, verlo").

B. La alteración causa ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación efectiva, la participación social o el desempeño académico u ocupacional, individualmente o en cualquier combinación.

C. La aparición de los síntomas se produce en el período temprano del desarrollo. (Nota: los casos de aparición tardía se diagnostican como trastorno de fluidez de aparición en la edad adulta F98.5).

D. La alteración no es atribuible a un déficit sensorial o motor del habla, falta de fluidez asociada con una lesión neurológica (p. ej., accidente cerebrovascular, tumor, traumatismo) u otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la fluidez que comienza en la niñez (tartamudez) es una alteración en la fluidez normal y en el patrón temporal del habla que es inapropiada para la edad del individuo. Esta alteración se caracteriza por repeticiones o prolongaciones frecuentes de sonidos o sílabas y por otros tipos de disfluencia del habla, incluidas palabras entrecortadas (p. ej., pausas dentro de una palabra), bloqueos audibles o silenciosos (es decir, pausas completas o no completas en el habla), circunloquios (es decir, sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas), palabras producidas con un exceso de tensión física y repeticiones monosilábicas de palabras enteras (p. ej., "IIII, verlo"). La alteración de la fluidez puede interferir con el rendimiento académico u ocupacional y con la comunicación social. El alcance de la perturbación varía de una situación a otra y, a menudo, es más grave cuando hay una presión especial para comunicarse (p. ej., dar un informe en la escuela, una entrevista para un trabajo).

La disfluencia a menudo está ausente al leer oralmente, cantar o hablar con objetos inanimados o con mascotas.

Machine Translated by Google

Funciones asociadas

Puede desarrollarse una anticipación temerosa del problema. El hablante puede intentar evitar las disfluencias mediante mecanismos lingüísticos (p. ej., alterando el ritmo del habla, evitando ciertas palabras o sonidos) o evitando ciertas situaciones del habla, como llamar por teléfono o hablar en público. Además de ser características de la afección, se ha demostrado que el estrés y la ansiedad exacerban la falta de fluidez.

El trastorno de la fluidez que comienza en la infancia también puede ir acompañado de movimientos motores (p. ej., parpadeos, tics, temblores de los labios o la cara, sacudidas de la cabeza, movimientos respiratorios, apretar los puños). Los niños con trastorno de la fluidez muestran una variedad de habilidades lingüísticas y la relación entre el trastorno de la fluidez y las habilidades lingüísticas no está clara.

Los estudios han demostrado diferencias neurológicas tanto estructurales como funcionales en los niños que tartamudean. Los hombres tienen más probabilidades de tartamudear que las mujeres, y las estimaciones varían según la edad y la posible causa de la tartamudez. Las causas de la tartamudez son multifactoriales e incluyen ciertos factores genéticos y neurofisiológicos.

Desarrollo y evolución

El trastorno de la fluidez que comienza en la niñez, o tartamudez del desarrollo, ocurre hacia los 6 años de edad en 80% a 90% de los individuos afectados, con una edad de inicio que oscila entre los 2 y los 7 años. El inicio puede ser insidioso o más repentino. Por lo general, las disfluencias comienzan gradualmente, con la repetición de consonantes iniciales, las primeras palabras de una frase o palabras largas. Es posible que el niño no se dé cuenta de las disfluencias. A medida que avanza el trastorno, las disfluencias se vuelven más frecuentes e interferentes, y ocurren en las palabras o frases más significativas del enunciado. A medida que el niño se da cuenta de la dificultad del habla, puede desarrollar mecanismos para evitar la dificultad.

disfluencias y respuestas emocionales, incluida la evitación de hablar en público y el uso de expresiones breves y simples. La investigación longitudinal muestra que entre el 65% y el 85% de los niños se recuperan de la disfluencia, y la gravedad del trastorno de la fluidez a los 8 años predice la recuperación o la persistencia hasta la adolescencia y más allá.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Genéticos y fisiológicos.

El riesgo de tartamudez entre parientes biológicos de primer grado de personas con trastorno de fluidez de inicio en la infancia es más de tres veces mayor que el riesgo en la población general. Hasta la fecha se han identificado mutaciones de cuatro genes que subyacen a algunos casos de tartamudez.

Consecuencias funcionales del trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudez)

Además de ser características de la afección, el estrés y la ansiedad pueden exacerbar la falta de fluidez.
Esta ansiedad puede provocar un deterioro del funcionamiento social. Las actitudes comunicativas negativas pueden ser una consecuencia funcional de la tartamudez que comienza en los años preescolares y aumenta con la edad.

Diagnóstico diferencial

Machine Translated by Google

Déficits sensoriales. Las disfluencias del habla pueden estar asociadas con una discapacidad auditiva u otro déficit sensorial o un déficit motor del habla. Cuando las disfluencias del habla exceden las asociadas habitualmente con estos problemas, se puede realizar un diagnóstico de trastorno de la fluidez de inicio en la infancia.

Disfluencias normales del habla. El trastorno debe distinguirse de las disfluencias normales que ocurren con frecuencia en niños pequeños, que incluyen repeticiones de palabras o frases completas (p. ej., "Quiero, quiero helado"), frases incompletas, interjecciones, pausas vacías y comentarios entre paréntesis. Si estas dificultades aumentan en frecuencia o complejidad a medida que el niño crece, puede ser apropiado un diagnóstico de trastorno de fluidez de inicio en la infancia.

Trastorno específico del aprendizaje, con alteración en la lectura. A los niños que tienen problemas de fluidez cuando leen en voz alta se les puede diagnosticar erróneamente un trastorno de la lectura. La fluidez en la lectura oral generalmente se mide mediante evaluaciones cronometradas. Es posible que un ritmo de lectura más lento no refleje con precisión la capacidad de lectura real de los niños que tartamudean.

Bilingüismo. Es necesario distinguir entre las disfluencias resultantes de intentos de aprender un nuevo idioma y las disfluencias que indican un trastorno de la fluidez, que suelen aparecer en ambos idiomas.

Efectos secundarios de los medicamentos. La tartamudez puede ocurrir como efecto secundario de la medicación y puede detectarse mediante una relación temporal con la exposición al medicamento.

Disfluencias de inicio en la edad adulta. Si la disfluencia comienza durante o después de la adolescencia, se trata de una “disfluencia de inicio en la edad adulta” y no de un trastorno del desarrollo neurológico. Las disfluencias que aparecen en la edad adulta se asocian con agresiones neurológicas específicas y una variedad de condiciones médicas y trastornos mentales y pueden especificarse con ellos, pero no son un diagnóstico del DSM-5.

Trastorno de Tourette. Los tics vocales y las vocalizaciones repetitivas del trastorno de Tourette deben distinguirse de los sonidos repetitivos del trastorno de la fluidez de inicio en la infancia por su naturaleza y sincronización.

Comorbilidad

El trastorno de fluidez que comienza en la infancia puede coexistir con otros trastornos, como el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, el trastorno del espectro autista y el trastorno del desarrollo intelectual.

(discapacidad intelectual), trastorno del lenguaje o trastorno específico del aprendizaje, trastornos convulsivos, trastorno de ansiedad social, trastorno de los sonidos del habla y otros trastornos del desarrollo.

Trastorno de la comunicación social (pragmática)

Criterios de diagnóstico	F80.82

A. Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal manifestadas por todo lo siguiente:

Machine Translated by Google

1. Déficits en el uso de la comunicación con fines sociales, como saludar y compartir información, de una manera apropiada para el contexto social.
2. Deterioro de la capacidad de cambiar la comunicación para que coincida con el contexto o las necesidades del oyente, como hablar de manera diferente en un salón de clases que en un patio de recreo, hablar de manera diferente con un niño que con un adulto y evitar el uso de un lenguaje demasiado formal.
3. Dificultades para seguir reglas de conversación y narración, como turnarse en la conversación, reformular cuando se le malinterpreta y saber utilizar señales verbales y no verbales para regular la interacción.
4. Dificultades para comprender lo que no se declara explícitamente (p. ej., hacer inferencias) y los significados no literales o ambiguos del lenguaje (p. ej., modismos, humor, metáforas, significados múltiples que dependen del contexto de interpretación).

B. Los déficits resultan en limitaciones funcionales en la comunicación efectiva, la participación social, las relaciones sociales, el rendimiento académico o el desempeño ocupacional, individualmente o en combinación.

C. El inicio de los síntomas se produce en el período temprano del desarrollo (pero es posible que los déficits no se manifiesten plenamente hasta que las demandas de comunicación social excedan las capacidades limitadas).

D. Los síntomas no son atribuibles a otra afección médica o neurológica ni a capacidades bajas en los dominios de la estructura de palabras y la gramática, y no se explican mejor por un trastorno del espectro autista, un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual), un retraso global en el desarrollo u otro trastorno mental.

Características diagnósticas

El trastorno de la comunicación social (pragmática) se caracteriza por una dificultad primaria con la pragmática (es decir, el uso social del lenguaje y la comunicación), que se manifiesta por déficits en la comprensión y el seguimiento de las reglas sociales de la comunicación verbal y no verbal en contextos naturalistas, cambio del lenguaje. según las necesidades del oyente o de la situación, y siguiendo reglas para las conversaciones y la narración. Los déficits en la comunicación social resultan en limitaciones funcionales en la comunicación efectiva, la participación social, el desarrollo de relaciones sociales, el rendimiento académico o el desempeño ocupacional. Los déficits no se explican mejor por las bajas capacidades en los dominios del lenguaje estructural o la capacidad cognitiva o por el trastorno del espectro autista.

Funciones asociadas

La característica asociada más común del trastorno de la comunicación social (pragmática) es el deterioro del lenguaje, que se caracteriza por una historia de retraso en alcanzar los hitos del lenguaje y problemas estructurales del lenguaje históricos, si no actuales (consulte “Trastorno del lenguaje” anteriormente en este capítulo). . Las personas con déficits de comunicación social pueden

Machine Translated by Google

Evite las interacciones sociales. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), los problemas emocionales y de conducta y los trastornos específicos del aprendizaje también son más comunes entre las personas afectadas.

Desarrollo y curso Debido a que la comunicación social (pragmática) depende de un progreso adecuado en el desarrollo del habla y el lenguaje, el diagnóstico del trastorno de la comunicación social (pragmática) es raro entre niños menores de 4 años. A la edad de 4 o 5 años, la mayoría de los niños deberían poseer habilidades de habla y lenguaje adecuadas para permitir la identificación de déficits específicos en la comunicación social. Es posible que las formas más leves del trastorno no se hagan evidentes hasta la adolescencia temprana, cuando el lenguaje y las interacciones sociales se vuelven más complejos.

El resultado del trastorno de la comunicación social (pragmático) es variable: algunos niños mejoran sustancialmente con el tiempo y otros continúan teniendo dificultades hasta la edad adulta. Incluso entre aquellos que tienen mejoras significativas, los déficits tempranos en pragmática pueden causar deterioros duraderos en las relaciones sociales y el comportamiento y también un bajo rendimiento en otras habilidades relacionadas, como la expresión escrita, la comprensión lectora y la lectura oral.

Factores de Riesgo y Pronóstico Genéticos y fisiológicos. Los antecedentes familiares de trastorno del espectro autista, trastornos de la comunicación o trastorno específico del aprendizaje parecen aumentar el riesgo de trastorno de la comunicación social (pragmático); esto incluye hermanos de niños con estos trastornos que pueden presentar síntomas tempranos de trastorno de comunicación social (pragmático).

Diagnóstico diferencial

Desorden del espectro autista. El trastorno del espectro autista es la principal consideración diagnóstica para las personas que presentan déficits de comunicación social. Los dos trastornos se pueden diferenciar por la presencia en el trastorno del espectro autista de patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos/repetitivos y su ausencia en el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Es posible que las personas con trastorno del espectro autista solo muestren patrones restringidos/repetitivos de comportamiento, intereses y actividades durante el período de desarrollo temprano, por lo que se debe obtener una historia completa. La ausencia actual de síntomas no impediría un diagnóstico de trastorno del espectro autista, si los intereses restringidos y las conductas repetitivas estuvieran presentes en el pasado. Se debe considerar un diagnóstico de trastorno de la comunicación social (pragmático) sólo si los síntomas actuales o la historia del desarrollo no revelan evidencia de síntomas que cumplan con los criterios de diagnóstico para patrones restringidos/repetitivos de conducta, intereses o actividades del trastorno del espectro autista (es decir, Criterio B) causante del deterioro actual. Los síntomas de la comunicación social pueden ser más leves en el trastorno de la comunicación social (pragmática) que en el trastorno del espectro autista, aunque cualitativamente similares.

Desorden hiperactivo y deficit de atencion. Los déficits primarios del TDAH pueden causar alteraciones en la comunicación social y limitaciones funcionales de la comunicación efectiva, la participación social o el rendimiento académico.

Machine Translated by Google

Desorden de ansiedad social. Los síntomas del trastorno de la comunicación social (pragmático) se superponen con los del trastorno de ansiedad social. La característica diferenciadora es el momento de aparición de los síntomas. En el trastorno de la comunicación social (pragmática), el individuo nunca ha tenido una comunicación social efectiva; En el trastorno de ansiedad social, las habilidades de comunicación social se desarrollan adecuadamente pero no se utilizan debido a la ansiedad, el miedo o la angustia por las interacciones sociales.

Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) y retraso global del desarrollo. Social

Las habilidades de comunicación pueden ser deficientes entre individuos con retraso global del desarrollo o trastorno del desarrollo intelectual, pero no se da un diagnóstico separado a menos que los déficits de comunicación social excedan claramente las limitaciones intelectuales.

Trastorno de comunicación no especificado

F80.9

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno de la comunicación que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para el trastorno de la comunicación o para cualquiera de los trastornos del desarrollo neurológico. Clase diagnóstica de trastornos. La categoría de trastorno de la comunicación no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide no especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un trastorno de la comunicación o para un trastorno del desarrollo neurológico específico, e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico. .

Desorden del espectro autista

Desorden del espectro autista

Criterios de diagnóstico F84.0

A. Déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos, manifestados por todo lo siguiente, actualmente o a través de la historia (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos; ver texto): 1. Déficits en la

reciprocidad socioemocional, que van, por ejemplo por ejemplo, por un enfoque social anormal y la falla de una conversación normal de ida y vuelta; a un menor intercambio de intereses, emociones o afectos; a no iniciar o responder a

Machine Translated by Google

interacciones sociales.

2. Déficits en conductas comunicativas no verbales utilizadas para la interacción social, que van, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal mal integrada; a anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal o déficits en la comprensión y uso de gestos; a una falta total de expresiones faciales y comunicación no verbal.

3. Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, que van, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento a diversos contextos sociales; a dificultades para compartir juegos imaginativos o hacer amigos; a la falta de interés por los compañeros.

B. Patrones de conducta, intereses o actividades restringidos y repetitivos, manifestados por al menos dos de los siguientes, actualmente o históricamente (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos; ver texto): 1. Movimientos motores

estereotipados o repetitivos, uso de objetos o el habla (p. ej., estereotipias motoras simples, alinear juguetes o voltear objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la uniformidad, adherencia inflexible a rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., angustia extrema ante pequeños cambios, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar la misma ruta o comer la misma comida todos los días).).

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

4. Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno (p. ej., aparente indiferencia al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación visual por las luces o el movimiento) .

C. Los síntomas deben estar presentes en el período temprano del desarrollo (pero pueden no manifestarse completamente hasta que las demandas sociales excedan las capacidades limitadas, o pueden quedar enmascarados por estrategias aprendidas en una etapa posterior de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento actual.

E. Estos trastornos no se explican mejor por un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) o un retraso global en el desarrollo. El trastorno del desarrollo intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coexisten; Para realizar diagnósticos comórbidos de trastorno del espectro autista y trastorno del desarrollo intelectual, la comunicación social debe estar por debajo de lo esperado para el nivel de desarrollo general.

Nota: Individuos con un diagnóstico de trastorno autista bien establecido según el DSM-IV, Trastorno de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado

Machine Translated by Google

Se debe diagnosticar un trastorno del espectro autista. Las personas que tienen déficits marcados en la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen con los criterios del trastorno del espectro autista, deben ser evaluados para detectar un trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especifique la gravedad actual en función de las deficiencias en la comunicación social y los patrones de comportamiento restringidos y

repetitivos (consulte la Tabla 2): Requiere

un apoyo muy sustancial Requiere

un apoyo sustancial

Requiere

apoyo Especifique si: Con o sin deterioro intelectual acompañado

Con o sin deterioro del lenguaje acompañado

Especifique

si: Está asociado con una condición genética u otra condición médica conocida o un factor ambiental (Nota de codificación: use un código adicional para identificar la condición genética u otra condición médica asociada).

Asociado con un problema de neurodesarrollo, mental o de conducta.

Especifique

si: Con catatonia (consulte los criterios para catatonia asociada con otro trastorno mental, p. 135, para la definición) (Nota de codificación: utilice el código adicional F06.1 catatonia asociada con trastorno del espectro autista para indicar la presencia de catatonia comórbida.)

TABLA 2 Niveles de gravedad del trastorno del espectro autista (ejemplos de nivel de necesidades de apoyo)

Nivel de severidad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos.
Nivel 3 "Requieren un apoyo muy sustancial"	Severos déficits en las habilidades sociales verbales y no verbales. Las habilidades de comunicación causan graves deterioros en el funcionamiento, un inicio muy limitado de interacciones sociales y una respuesta mínima a las propuestas sociales de los demás. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que rara vez inicia la interacción y, cuando lo hace, adopta enfoques inusuales para satisfacer necesidades únicamente y responde sólo a enfoques sociales muy directos.	La inflexibilidad del comportamiento, la dificultad extrema para afrontar el cambio u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todas las esferas. Gran angustia/dificultad para cambiar de enfoque o acción.
Nivel 2 "Requieren un apoyo sustancial"	Déficits marcados en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal; deficiencias sociales evidentes incluso con apoyos establecidos; inicio limitado de interacciones sociales; y respuestas reducidas o anormales a las propuestas sociales de los demás. Por ejemplo, una persona que habla oraciones simples, cuya interacción se limita a intereses especiales limitados y que tiene marcadamente	La inflexibilidad del comportamiento, la dificultad para afrontar el cambio u otros comportamientos restringidos/ repetitivos aparecen con suficiente frecuencia como para ser obvios para el observador casual e interferir con el funcionamiento en una variedad de contextos. Angustia y/o dificultad para cambiar de enfoque o acción.

Machine Translated by Google

	comunicación no verbal extraña.	
Nivel 1 "Necesitando apoyo"	Sin apoyos, los déficits en materia social comunicación causan alteraciones notables. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o infructuosas a las propuestas sociales de otros. Puede parecer que tiene un interés disminuido en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y se comunica, pero cuya conversación con otros fracasa y cuyos intentos de hacer amigos son extraños y, por lo general, infructuosos.	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para cambiar entre actividades. Los problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia.

Procedimientos de registro

Puede ser útil anotar el nivel de apoyo necesario para cada uno de los dos dominios psicopatológicos centrales en la Tabla 2 (por ejemplo, "que requiere un apoyo muy sustancial para los déficits en la comunicación social y que requiere un apoyo sustancial para conductas restringidas y repetitivas"). Especificación de "con discapacidad intelectual acompañante" o "sin acompañante

deterioro intelectual" debe registrarse a continuación. La especificación del deterioro del lenguaje debe registrarse posteriormente. Si hay un deterioro del lenguaje acompañante, se debe registrar el nivel actual de funcionamiento verbal (p. ej., "con un deterioro del lenguaje acompañante: no hay habla inteligible" o "con un deterioro del lenguaje acompañante: habla de frases").

Para el trastorno del espectro autista para el cual los especificadores "asociado con una condición genética u otra condición médica o factor ambiental conocido" o "asociado con un problema de desarrollo neurológico, mental o de conducta" son apropiados, registre el trastorno del espectro autista asociado con (nombre de la condición, trastorno , o factor) (p. ej., trastorno del espectro autista asociado con el complejo de esclerosis tuberosa). Estos especificadores se aplican a presentaciones en las que la condición o problema enumerado es potencialmente relevante para la atención clínica del individuo y no necesariamente indican que la condición o problema esté causalmente relacionado con el trastorno del espectro autista. Si el problema del neurodesarrollo, mental o de conducta asociado cumple con los criterios de un trastorno del neurodesarrollo u otro trastorno mental, se debe diagnosticar tanto el trastorno del espectro autista como el otro trastorno.

Si hay catatonia presente, registre por separado "catatonia asociada con el trastorno del espectro autista". Para obtener más información, consulte los criterios de catatonia asociada con otro trastorno mental en el capítulo "Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos".

Especificadores

Los especificadores de gravedad (consulte la Tabla 2) se pueden utilizar para describir sucintamente la sintomatología actual (que podría caer por debajo del nivel 1), reconociendo que la gravedad puede variar según el contexto y fluctuar con el tiempo. La gravedad de las dificultades de comunicación social y las conductas restringidas y repetitivas deben calificarse por separado. Las categorías de gravedad descriptivas no deben utilizarse para determinar la elegibilidad y la prestación de servicios. De hecho, las personas con habilidades relativamente mejores en general pueden experimentar desafíos psicosociales diferentes o incluso mayores. Por lo tanto, las necesidades de servicio sólo pueden desarrollarse a nivel individual y mediante la discusión de prioridades y objetivos personales.

Machine Translated by Google

Con respecto al especificador “con o sin deterioro intelectual acompañante”, es necesario comprender el perfil intelectual (a menudo desigual) de un niño o adulto con trastorno del espectro autista para interpretar las características diagnósticas. Se necesitan estimaciones separadas de las habilidades verbales y no verbales (p. ej., utilizar pruebas no verbales no cronometradas para evaluar las fortalezas potenciales en individuos con lenguaje limitado).

Para utilizar el especificador “con o sin deterioro del lenguaje acompañante”, se debe evaluar y describir el nivel actual de funcionamiento verbal. Ejemplos de descripciones específicas para “con deterioro del lenguaje concomitante” podrían incluir falta de habla inteligible (no verbal), solo palabras sueltas o habla de frases. El nivel del lenguaje en individuos “sin un trastorno del lenguaje concomitante” podría describirse además como habla con oraciones completas o habla con fluidez.

Dado que el lenguaje receptivo puede ir por detrás del desarrollo del lenguaje expresivo en el trastorno del espectro autista, las habilidades del lenguaje receptivo y expresivo deben considerarse por separado.

El especificador “asociado con una condición genética u otra condición médica conocida o un factor ambiental” se puede aplicar cuando un individuo tiene una condición genética conocida (p. ej., síndrome de Rett, síndrome de X frágil, síndrome de Down), una condición médica conocida (p. ej., epilepsia) o antecedentes de exposición ambiental en el útero a un teratógeno o infección conocida (p. ej., síndrome de valproato fetal, síndrome de alcoholismo fetal, rubéola fetal). Este especificador no debe considerarse sinónimo de causalidad del trastorno del espectro autista. Una afección puede incluirse como asociada con el trastorno del espectro autista cuando se cree que es potencialmente clínicamente relevante o informa la atención y no porque el médico esté afirmando una causa. Los ejemplos incluyen el trastorno del espectro autista asociado con una variante única del número de copias genómicas que podría ser clínicamente relevante incluso si la anomalía específica no haya causado directamente ni haya estado relacionada previamente con el trastorno del espectro autista o la enfermedad de Crohn, que podría exacerbar los síntomas conductuales.

El especificador “asociado con un problema de desarrollo neurológico, mental o conductual” se puede aplicar para indicar problemas (p. ej., irritabilidad, problemas de sueño, conducta autolesiva o regresión del desarrollo) que contribuyen a la formulación funcional o son un foco de tratamiento. Otros trastornos del neurodesarrollo, mentales o del comportamiento también deben anotarse como diagnósticos separados (p. ej., trastorno por déficit de atención/hiperactividad; trastorno del desarrollo de la coordinación; conducta disruptiva, control de los impulsos y trastornos de la conducta; trastornos de ansiedad, depresivos o bipolares; tics o trastorno de Tourette; trastornos de alimentación, eliminación o sueño).

La catatonia puede ocurrir como una condición comórbida con el trastorno del espectro autista. Además de los síntomas clásicos de postura, negativismo (oposición o falta de respuesta a instrucciones o estímulos externos), mutismo y estupor, un aumento o empeoramiento de la estereotipia y la conducta autolesiva pueden formar parte del complejo de síntomas de la catatonia en el contexto de desorden del espectro autista.

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno del espectro autista son el deterioro persistente de la comunicación social recíproca y la interacción social (Criterio A), y patrones restringidos y repetitivos de conducta, intereses o actividades (Criterio B). Estos síntomas están presentes desde la primera infancia y limitan o perjudican el funcionamiento cotidiano (Criterios C y D). La etapa en la que el deterioro funcional se hace evidente variará según las características del individuo y su

Machine Translated by Google

su entorno. Las características diagnósticas centrales son evidentes en el período de desarrollo, pero la intervención, la compensación y los apoyos actuales pueden enmascarar dificultades al menos en algunos contextos.
Las manifestaciones del trastorno también varían mucho según la gravedad de la condición autista, el nivel de desarrollo, la edad cronológica y posiblemente el género; de ahí el término espectro. Los individuos sin deterioro cognitivo o del lenguaje pueden tener manifestaciones más sutiles de déficits (p. ej., Criterio A, Criterio B) que los individuos con deterioros intelectuales o del lenguaje concomitantes y pueden estar haciendo grandes esfuerzos para enmascarar estos déficits.
Criterio A Los déficits en la comunicación social serán más sutiles si un individuo tiene mejores habilidades de comunicación en general (por ejemplo, habla con fluidez, no tiene deficiencias intelectuales).
De manera similar, los déficits del Criterio B (es decir, patrones restringidos de comportamiento e intereses) pueden ser menos obvios si los intereses están más cerca de las normas típicas de la edad (por ejemplo, el Antiguo Egipto o los trenes en comparación con mover una cuerda). El trastorno del espectro autista abarca trastornos denominados anteriormente autismo infantil temprano, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamiento, autismo atípico, trastorno generalizado del desarrollo no especificado, trastorno desintegrativo infantil y trastorno de Asperger.

Las deficiencias en la comunicación social y la interacción social especificadas en el Criterio A son generalizadas y sostenidas. Los diagnósticos son más válidos y confiables cuando se basan en múltiples fuentes de información, incluidas las observaciones del médico, el historial del cuidador y, cuando sea posible, el autoinforme. Los déficits verbales y no verbales en la comunicación social tienen diversas manifestaciones, según la edad, el nivel intelectual y la capacidad del lenguaje del individuo, así como de otros factores como el historial de tratamiento y el apoyo actual. Muchas personas tienen déficits del lenguaje, que van desde la falta total del habla hasta retrasos en el lenguaje, mala comprensión del habla, habla con eco o lenguaje forzado y demasiado literal. Incluso cuando las habilidades lingüísticas formales (p. ej., vocabulario, gramática) están intactas, el uso del lenguaje para la comunicación social recíproca se ve afectado en el trastorno del espectro autista.

Los déficits en la reciprocidad socioemocional (es decir, la capacidad de relacionarse con otros y compartir pensamientos y sentimientos) pueden manifestarse, por ejemplo, en niños pequeños con poca o ninguna iniciación de interacción social y sin compartir emociones, junto con una reducción o ausencia de imitación del comportamiento de los demás. El lenguaje que existe es a menudo unilateral, carece de reciprocidad social y se utiliza para solicitar o etiquetar en lugar de comentar, compartir sentimientos o conversar. En niños mayores y adultos sin deficiencias intelectuales o retrasos en el lenguaje, los déficits en

La reciprocidad socioemocional puede ser más evidente en las dificultades para procesar y responder a señales sociales complejas (p. ej., cuándo y cómo unirse a una conversación, qué no decir). Las personas que han desarrollado estrategias de compensación para algunos desafíos sociales todavía luchan en situaciones nuevas o sin apoyo y sufren el esfuerzo y la ansiedad de calcular conscientemente lo que es socialmente intuitivo para la mayoría de las personas. Este comportamiento puede contribuir a una menor identificación del trastorno del espectro autista en estos individuos, quizás especialmente en mujeres adultas. Por lo tanto, pueden ser necesarias evaluaciones más largas, observación en entornos naturalistas e indagar sobre los costos de la interacción social. Si se les pregunta acerca de los costos de la interacción social, por ejemplo, estos individuos podrían responder que las interacciones sociales son agotadoras para ellos, que son incapaces de concentrarse debido al esfuerzo mental que realizan para monitorear las convenciones sociales, que su autoestima se ve afectada negativamente por ser incapaces de ser ellos mismos, etc.

Machine Translated by Google

Los déficits en las conductas comunicativas no verbales utilizadas para la interacción social se manifiestan por un uso ausente, reducido o atípico del contacto visual (en relación con las normas culturales), gestos, expresiones faciales, orientación corporal o entonación del habla. Una característica temprana del trastorno del espectro autista es la alteración de la atención conjunta, que se manifiesta por la falta de señalar, mostrar o acercar objetos para compartir interés con los demás, o por no seguir lo que alguien señala o mira. Los individuos pueden aprender algunos gestos funcionales, pero su repertorio es menor que el de otros y, a menudo, no utilizan gestos expresivos de forma espontánea en la comunicación. Entre los jóvenes y adultos con un lenguaje fluido, la dificultad para coordinar la comunicación no verbal con el habla puede dar la impresión de un "lenguaje corporal" extraño, rígido o exagerado durante las interacciones.

El deterioro puede ser relativamente sutil dentro de los modos individuales (p. ej., alguien puede tener un contacto visual relativamente bueno al hablar) pero perceptible en la mala integración del contacto visual, los gestos, la postura corporal, la prosodia y la expresión facial para la comunicación social, o en la dificultad para mantenerlos durante la comunicación social. períodos prolongados o bajo estrés.

Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones deben juzgarse según las normas de edad, género y cultura. Puede haber interés social ausente, reducido o atípico, manifestado por rechazo a los demás, pasividad o enfoques inapropiados que parecen agresivos o disruptivos. Estas dificultades son particularmente evidentes en los niños pequeños, en quienes a menudo hay una falta de imaginación y juego social compartido (p. ej., juegos de simulación flexibles y apropiados para su edad) y, más tarde, insistencia en jugar con reglas muy fijas. Las personas mayores pueden tener dificultades para comprender qué comportamiento se considera apropiado en una situación pero no en otra (p. ej., comportamiento casual durante una entrevista de trabajo), o las diferentes formas en que se puede utilizar el lenguaje para comunicarse (p. ej., ironía, mentiras piadosas). Puede haber una aparente preferencia por actividades solitarias o por interactuar con personas mucho más jóvenes o mayores. Con frecuencia, existe el deseo de establecer amistades sin una idea completa o realista de lo que implica la amistad (p. ej., amistades unilaterales o amistades basadas únicamente en intereses especiales compartidos). También es importante considerar las relaciones con hermanos, compañeros de trabajo y cuidadores (en términos de reciprocidad).

El trastorno del espectro autista también se define por patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (como se especifica en el Criterio B), que muestran una variedad de manifestaciones según la edad y la capacidad, la intervención y los apoyos actuales. Las conductas estereotipadas o repetitivas incluyen estereotipias motoras simples (p. ej., aleteo de manos, chasquido de dedos), uso repetitivo de objetos (p. ej., girar monedas, alinear juguetes) y habla repetitiva (p. ej., ecolalia, repetición tardía o inmediata de las palabras escuchadas; uso de "usted" cuando se refiere a uno mismo; uso estereotipado de palabras, frases o patrones prosódicos). La adherencia excesiva a rutinas y patrones de comportamiento restringidos puede manifestarse en resistencia al cambio (p. ej., malestar ante cambios aparentemente pequeños, como tomar una ruta alternativa para ir a la escuela o al trabajo; insistencia en el cumplimiento de reglas; rigidez de pensamiento) o patrones ritualizados de conducta. Comportamiento verbal o no verbal (p. ej., preguntas repetitivas, pasearse por un perímetro). Los intereses muy restringidos y fijos en el trastorno del espectro autista tienden a ser anormales en intensidad o enfoque (p. ej., un niño pequeño fuertemente atado a una cacerola o a un trozo de cuerda; un niño preocupado por la aspiradora).

limpiadores; un adulto que pasa horas escribiendo horarios). Algunas fascinaciones y rutinas pueden estar relacionadas con una aparente hiper o hiporeactividad a la información sensorial, que se manifiesta a través de respuestas extremas a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación.

Machine Translated by Google

con luces u objetos que giran y, a veces, aparente indiferencia ante el dolor, el calor o el frío.
Las reacciones extremas o los rituales que involucran el sabor, el olor, la textura o la apariencia de los alimentos o las restricciones excesivas de los alimentos son comunes y pueden ser una característica de presentación del trastorno del espectro autista.

Muchas personas con trastorno del espectro autista sin deficiencias intelectuales o del lenguaje aprenden a suprimir el comportamiento repetitivo en público. En estos individuos, los comportamientos repetitivos como mecerse o mover los dedos pueden tener una función ansiolítica o calmante.

Los intereses especiales pueden ser una fuente de placer y motivación y proporcionar vías para la educación y el empleo en el futuro. Los criterios de diagnóstico pueden cumplirse cuando patrones de conducta, intereses o actividades restringidos y repetitivos estuvieron claramente presentes durante la infancia o en algún momento del pasado, incluso si los síntomas ya no están presentes.

El criterio D requiere que las características causen un deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento actual. El criterio E especifica que los déficits de comunicación social, aunque a veces van acompañados de un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual), no están en consonancia con el nivel de desarrollo del individuo; Las deficiencias superan las dificultades esperadas según el nivel de desarrollo.

Se encuentran disponibles instrumentos de diagnóstico conductual estandarizados con buenas propiedades psicométricas, incluidas entrevistas a los cuidadores, cuestionarios y medidas de observación del médico, que pueden mejorar la confiabilidad del diagnóstico a lo largo del tiempo y entre los médicos. Sin embargo, los síntomas del trastorno del espectro autista se presentan como dimensiones sin puntuaciones de corte universalmente aceptadas para lo que constituiría un trastorno. Por lo tanto, el diagnóstico sigue siendo clínico, teniendo en cuenta toda la información disponible, y no está dictado únicamente por la puntuación de un cuestionario o medida de observación en particular.

Funciones asociadas

Muchas personas con trastorno del espectro autista también tienen discapacidad intelectual y/o del lenguaje (p. ej., lentitud para hablar, comprensión del lenguaje detrás de la producción). Incluso aquellos con una inteligencia media o alta suelen tener un perfil de habilidades desigual. La brecha entre las habilidades funcionales intelectuales y adaptativas suele ser grande. Es común que las personas con autismo tengan déficits en la teoría de la mente (es decir, que tengan dificultades para ver el mundo desde la perspectiva de otra persona), pero no necesariamente están presentes en todos los casos. Los déficits de las funciones ejecutivas también son comunes, pero no específicos, al igual que las dificultades con la coherencia central (es decir, ser capaz de comprender el contexto o “ver el panorama general” y, por lo tanto, tender a centrarse demasiado en los detalles).

A menudo hay déficits motores, que incluyen marcha extraña, torpeza y otros signos motores anormales (p. ej., caminar de puntillas). Puede ocurrir autolesión (p. ej., golpearse la cabeza, morderse la muñeca), y las conductas disruptivas/desafiantes son más comunes en niños y adolescentes con trastorno del espectro autista que otros trastornos, incluido el trastorno del desarrollo intelectual. Algunos individuos desarrollan un comportamiento motor similar al catatónico (desaceleración y “congelación” en mitad de la acción), pero generalmente no tienen la magnitud de un episodio catatónico. Sin embargo, es posible que las personas con trastorno del espectro autista experimenten un marcado deterioro de los síntomas motores y muestren un episodio catatónico completo con síntomas como mutismo, posturas, muecas y flexibilidad cerosa. El período de riesgo de catatonia comórbida parece ser mayor en la adolescencia.

Predominio

Se ha informado que las frecuencias del trastorno del espectro autista en los Estados Unidos son

Machine Translated by Google

entre el 1% y el 2% de la población, con estimaciones similares en niños y adultos

muestras. Sin embargo, la prevalencia parece ser menor entre los niños afroamericanos (1,1%) y latinos (0,8%) de EE. UU. en comparación con los niños blancos (1,3%), incluso después de tener en cuenta el efecto de los recursos socioeconómicos. La prevalencia informada del trastorno del espectro autista puede verse afectada por diagnósticos erróneos, retrasos en el diagnóstico o subdiagnóstico de personas de algunos orígenes etnoraciales. La prevalencia en países fuera de los EE. UU. se ha acercado al 1% de la población (prevalencia global media del 0,62%), sin variaciones sustanciales según la región geográfica o el origen étnico y entre muestras de niños y adultos. A nivel mundial, la proporción hombre:mujer en muestras epidemiológicas bien comprobadas parece ser de 3:1, lo que genera preocupación por el subreconocimiento del trastorno del espectro autista en mujeres y niñas.

Desarrollo y evolución También se deben

tener en cuenta la edad y el patrón de aparición del trastorno del espectro autista. Las características de comportamiento del trastorno del espectro autista se hacen evidentes por primera vez en la primera infancia, y algunos casos presentan una falta de interés en la interacción social durante el primer año de vida. Los síntomas generalmente se reconocen durante el segundo año de vida (entre 12 y 24 meses de edad), pero pueden observarse antes de los 12 meses si los retrasos en el desarrollo son graves, o notarse después de los 24 meses si los síntomas son más sutiles. El patrón de descripción del inicio podría incluir información sobre retrasos tempranos en el desarrollo o cualquier pérdida de habilidades sociales o lingüísticas. En los casos en que se han perdido habilidades, los padres o cuidadores pueden contar antecedentes de un deterioro gradual o relativamente rápido en los comportamientos sociales o las habilidades lingüísticas. Normalmente, esto ocurriría entre los 12 y 24 meses de edad.

Los estudios prospectivos demuestran que, en la mayoría de los casos, la aparición del trastorno del espectro autista se asocia con disminuciones en conductas sociales y de comunicación críticas en los primeros 2 años de vida. Estas disminuciones en el funcionamiento son raras en otros trastornos del desarrollo neurológico y pueden ser un indicador especialmente útil de la presencia de un trastorno del espectro autista. En casos raros, se produce una regresión del desarrollo después de al menos 2 años de desarrollo normal (anteriormente descrito como trastorno desintegrativo infantil), que es mucho más inusual y justifica una investigación médica más extensa (es decir, picos y ondas continuas durante el síndrome del sueño de ondas lentas). y síndrome de Landau-Kleffner). A menudo se incluyen en estas afecciones encefalopáticas pérdidas de habilidades más allá de la comunicación social (p. ej., pérdida de autocuidado, uso del baño, habilidades motoras) (ver también síndrome de Rett en la sección "Diagnóstico diferencial" para este trastorno).

Los primeros síntomas del trastorno del espectro autista frecuentemente implican un retraso en el desarrollo del lenguaje, a menudo acompañado de falta de interés social o interacciones sociales inusuales (p. ej., tirar de la mano a las personas sin intentar mirarlas), patrones de juego extraños (p. ej., cargar juguetes pero nunca jugar con ellos) y patrones de comunicación inusuales (p. ej., conocer el alfabeto pero no responder a su propio nombre). Se puede sospechar sordera, pero normalmente se descarta. Durante el segundo año, los comportamientos extraños y repetitivos y la ausencia del juego típico se vuelven más evidentes. Dado que muchos niños pequeños con un desarrollo típico tienen fuertes preferencias y disfrutan de la repetición (p. ej., comer los mismos alimentos, mirar el mismo video varias veces), distinguir conductas restringidas y repetitivas que son diagnósticas del trastorno del espectro autista puede resultar difícil en los niños en edad preescolar. La distinción clínica se basa en el tipo, frecuencia e intensidad de la conducta (p. ej., un niño que diariamente alinea objetos durante horas y es muy

Machine Translated by Google

angustiado si algún artículo se mueve).

El trastorno del espectro autista no es un trastorno degenerativo y es típico que el aprendizaje y la compensación continúen durante toda la vida. Los síntomas suelen ser más marcados en la primera infancia y los primeros años escolares, y los avances en el desarrollo son típicos en la niñez tardía en al menos algunas áreas (p. ej., mayor interés en la interacción social). Una pequeña proporción de individuos se deteriora conductualmente durante la adolescencia, mientras que la mayoría de los demás mejoran. Si bien alguna vez se dio el caso de que solo una minoría de personas con trastorno del espectro autista vivían y trabajaban de forma independiente en la edad adulta, como diagnóstico del espectro autista

El trastorno se produce con mayor frecuencia en aquellos que tienen capacidades intelectuales y lingüísticas superiores, más personas son capaces de encontrar un nicho que coincida con sus intereses y habilidades especiales y, por lo tanto, tienen un empleo productivo. El acceso a servicios de rehabilitación vocacional mejora significativamente los resultados laborales competitivos para los jóvenes en edad de transición con trastorno del espectro autista.

En general, las personas con niveles más bajos de discapacidad pueden funcionar mejor de forma independiente. Sin embargo, incluso estos individuos pueden seguir siendo socialmente ingenuos y vulnerables, tener dificultades para organizar demandas prácticas sin ayuda y ser propensos a la ansiedad y la depresión.
Muchos adultos afirman utilizar estrategias de compensación y mecanismos de afrontamiento para enmascarar sus dificultades en público, pero sufren el estrés y el esfuerzo de mantener una fachada socialmente aceptable. Se sabe relativamente poco sobre la vejez en el trastorno del espectro autista, pero en la literatura se han documentado tasas más altas de afecciones médicas concurrentes.

Algunas personas acuden para recibir el primer diagnóstico en la edad adulta, tal vez motivado por el diagnóstico de autismo en un niño de la familia o por una ruptura de relaciones en el trabajo o en el hogar. En tales casos, puede resultar difícil obtener una historia detallada del desarrollo y es importante tener en cuenta las dificultades autoinformadas. Cuando la observación clínica sugiere que actualmente se cumplen los criterios, se puede diagnosticar un trastorno del espectro autista, especialmente si está respaldado por antecedentes de habilidades sociales y de comunicación deficientes en la infancia. Un informe convincente (de los padres u otro familiar) de que el individuo tuvo amistades recíprocas ordinarias y sostenidas y buenas habilidades de comunicación no verbal durante la niñez reduciría significativamente la probabilidad de un diagnóstico de trastorno del espectro autista; sin embargo, la información ambigua o ausente sobre el desarrollo por sí sola no es suficiente para descartar un diagnóstico de trastorno del espectro autista.

Las manifestaciones de las deficiencias sociales y de comunicación y las conductas restringidas/repetitivas que definen el trastorno del espectro autista son claras en el período de desarrollo. Más adelante en la vida, la intervención o compensación, así como los apoyos actuales, pueden enmascarar estas dificultades al menos en algunos contextos. En general, los síntomas siguen siendo suficientes para causar un deterioro actual en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Factores de riesgo y pronóstico Los factores

de pronóstico mejor establecidos para el resultado individual dentro del trastorno del espectro autista son la presencia o ausencia de un trastorno del desarrollo intelectual asociado y deterioro del lenguaje (p. ej., el lenguaje funcional a los 5 años de edad es un signo de buen pronóstico) y problemas de salud mental adicionales. La epilepsia, como diagnóstico comórbido, se asocia con una mayor discapacidad intelectual y una menor capacidad verbal.

Machine Translated by Google

Ambiental. Una variedad de factores de riesgo para los trastornos del desarrollo neurológico, como la edad avanzada de los padres, la prematuridad extrema o la exposición intraútero a ciertos medicamentos o teratógenos como el ácido valproico, pueden contribuir en gran medida al riesgo de sufrir un trastorno del espectro autista.

Genético y fisiológico. Las estimaciones de heredabilidad para el trastorno del espectro autista han oscilado entre el 37% y más del 90%, según las tasas de concordancia de gemelos, y una cohorte más reciente de cinco países estimó la heredabilidad en un 80%. Actualmente, hasta el 15% de los casos de trastorno del espectro autista parecen estar asociados con una mutación genética conocida, con diferentes variantes de novo en el número de copias o mutaciones de novo en genes específicos asociados con el trastorno en diferentes familias.

Sin embargo, incluso cuando una mutación genética conocida está asociada con el trastorno del espectro autista, no parece ser completamente penetrante (es decir, no todos los individuos con la misma anomalía genética desarrollarán un trastorno del espectro autista). El riesgo para la mayoría de los casos parece ser poligénico, con quizás cientos de loci genéticos haciendo contribuciones relativamente pequeñas. No está claro si estos hallazgos se aplican a todas las poblaciones raciales/étnicas por igual, dada la inclusión limitada de comunidades de color en la investigación genética.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura Existen diferencias culturales en las normas de interacción social, comunicación no verbal y relaciones, pero los individuos con trastorno del espectro autista están marcadamente deteriorados con respecto a las normas de su contexto cultural. La cultura influye en la percepción de las conductas autistas, la importancia percibida de algunas conductas sobre otras y las expectativas sobre la conducta infantil y las prácticas de crianza. Se encuentran discrepancias considerables en la edad en el momento del diagnóstico del trastorno del espectro autista en niños de diversos orígenes etnoraciales; la mayoría de los estudios encuentran retrasos en el diagnóstico entre niños étnicos y racializados socialmente oprimidos. Además de ser diagnosticados más tarde, a los niños afroamericanos se les diagnostica erróneamente con mayor frecuencia un trastorno de adaptación o de conducta que a los niños blancos.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género El trastorno del espectro autista se diagnostica de tres a cuatro veces más a menudo en hombres que en mujeres y, en promedio, la edad en el momento del diagnóstico es más tardía en las mujeres. En las muestras clínicas, las mujeres tienden a tener más probabilidades de presentar un trastorno del desarrollo intelectual además de epilepsia, lo que sugiere que las niñas sin deficiencias intelectuales o retrasos en el lenguaje pueden pasar desapercibidas, tal vez debido a una manifestación más sutil de dificultades sociales y de comunicación. En comparación con los hombres con trastorno del espectro autista, las mujeres pueden tener una mejor conversación recíproca y ser más propensas a compartir intereses, integrar el comportamiento verbal y no verbal y modificar su comportamiento según la situación, a pesar de tener dificultades de comprensión social similares a las de los hombres.

Intentar ocultar o enmascarar el comportamiento autista (p. ej., copiando la vestimenta, la voz y los modales de mujeres socialmente exitosas) también puede dificultar el diagnóstico en algunas mujeres. Los comportamientos repetitivos pueden ser algo menos evidentes en las mujeres que en los hombres, en promedio, y los intereses especiales pueden tener un enfoque más social (por ejemplo, un cantante, un actor) o “normativo” (por ejemplo, los caballos), aunque siguen siendo inusuales en su intensidad. . En relación con la población general, se ha informado que las tasas de variación de género aumentan en el trastorno del espectro autista, con una variación mayor en las mujeres en comparación con los hombres.

Machine Translated by Google

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Las personas con trastorno del espectro autista tienen un mayor riesgo de muerte por suicidio en comparación con aquellos sin trastorno del espectro autista. Los niños con trastorno del espectro autista que tenían problemas de comunicación social tenían un mayor riesgo de autolesionarse con intenciones suicidas, pensamientos y planes suicidas a los 16 años en comparación con aquellos sin problemas de comunicación social. Los adolescentes y adultos jóvenes con trastorno del espectro autista tienen un mayor riesgo de intentos de suicidio en comparación con sujetos de control de la misma edad y sexo, incluso después de realizar ajustes por factores demográficos y comorbilidades psiquiátricas.

Consecuencias funcionales del trastorno del espectro autista En los niños pequeños con trastorno del espectro autista, la falta de habilidades sociales y de comunicación puede obstaculizar el aprendizaje, especialmente el aprendizaje a través de la interacción social o en entornos con compañeros. En el hogar, la insistencia en las rutinas y la aversión al cambio, así como las sensibilidades sensoriales, pueden interferir con la alimentación y el sueño y hacer que los cuidados de rutina (p. ej., cortes de pelo, tratamientos dentales) sean extremadamente difíciles. Las habilidades adaptativas suelen estar por debajo del coeficiente intelectual medido. Las dificultades extremas para planificar, organizar y afrontar el cambio afectan negativamente el rendimiento académico, incluso para los estudiantes con una inteligencia superior a la media. Durante la edad adulta, estos individuos pueden tener dificultades para establecer su independencia debido a la rigidez continua y la dificultad con la novedad.

Muchos individuos con trastorno del espectro autista, incluso sin desarrollo intelectual trastorno, tienen un funcionamiento psicosocial adulto deficiente según lo indexado por medidas como

como vida independiente y empleo remunerado. Se desconocen las consecuencias funcionales en la vejez, pero es probable que el aislamiento social y los problemas de comunicación (p. ej., menor búsqueda de ayuda) tengan consecuencias para la salud en la edad adulta mayor.

El trastorno del desarrollo intelectual concurrente, la epilepsia, los trastornos mentales y las afecciones médicas crónicas pueden estar asociados con un mayor riesgo de mortalidad prematura en personas con trastorno del espectro autista. Las muertes por lesiones y envenenamientos son mayores que las de la población general, al igual que las muertes por suicidio. El ahogamiento es la principal causa de muerte accidental en niños con trastorno del espectro autista.

Diagnóstico diferencial Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Las anomalías de la atención (demasiado concentradas o que se distraen fácilmente) son comunes en personas con trastorno del espectro autista, al igual que la hiperactividad. Además, algunas personas con TDAH pueden presentar déficits de comunicación social, como interrumpir a los demás, hablar demasiado alto y no respetar el espacio personal. Aunque es potencialmente difícil diferenciar el TDAH del trastorno del espectro autista, el curso del desarrollo y la ausencia de conductas restringidas y repetitivas e intereses inusuales en el TDAH ayudan a diferenciar las dos condiciones. Se debe considerar un diagnóstico concurrente de TDAH cuando las dificultades de atención o la hiperactividad exceden las que normalmente se observan en personas de edad mental comparable, y el TDAH es una de las comorbilidades más comunes en el trastorno del espectro autista.

Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) sin trastorno del espectro autista. El trastorno del desarrollo sin trastorno del espectro autista puede ser difícil de diferenciar del Intelectual

Machine Translated by Google

Trastorno del espectro autista en niños muy pequeños. Los individuos con trastorno del desarrollo intelectual que no han desarrollado habilidades lingüísticas o simbólicas también presentan un desafío para el diagnóstico diferencial, ya que a menudo también ocurren comportamientos repetitivos en estos individuos. Un diagnóstico de trastorno del espectro autista en un individuo con trastorno del desarrollo intelectual es apropiado cuando la comunicación y la interacción social están significativamente deterioradas en relación con el nivel de desarrollo de las habilidades no verbales del individuo (p. ej., habilidades motoras finas, resolución de problemas no verbales). Por el contrario, el trastorno del desarrollo intelectual es el diagnóstico apropiado cuando no existe una discrepancia aparente entre el nivel de habilidades comunicativas sociales y otras habilidades intelectuales.

Trastornos del lenguaje y trastorno de la comunicación social (pragmática). En algunas formas de trastorno del lenguaje, puede haber problemas de comunicación y algunas dificultades sociales secundarias.
Sin embargo, el trastorno específico del lenguaje no suele asociarse con una comunicación no verbal anormal, ni con la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos.

Cuando un individuo muestra un deterioro en la comunicación social y en las interacciones sociales pero no muestra comportamientos o intereses restringidos y repetitivos, es posible que se cumplan los criterios de trastorno de la comunicación social (pragmático), en lugar de trastorno del espectro autista. El diagnóstico de trastorno del espectro autista reemplaza al de trastorno de la comunicación social (pragmático) siempre que se cumplan los criterios para el trastorno del espectro autista, y se debe tener cuidado de investigar cuidadosamente sobre el comportamiento restringido/repetitivo pasado o actual.

Mutismo selectivo. En el mutismo selectivo, el desarrollo temprano no suele verse alterado. El niño afectado suele exhibir habilidades de comunicación adecuadas en determinados contextos y entornos. Incluso en entornos donde el niño es mudo, la reciprocidad social no se ve afectada ni se presentan patrones de comportamiento restringidos o repetitivos.

Trastorno de movimientos estereotipados. Las estereotipias motoras se encuentran entre las características diagnósticas del trastorno del espectro autista, por lo que no se realiza un diagnóstico adicional de trastorno de movimientos estereotipados cuando dichas conductas repetitivas se explican mejor por la presencia

del trastorno del espectro autista. Sin embargo, cuando las estereotipias provocan autolesiones y se convierten en un foco de tratamiento, ambos diagnósticos pueden ser apropiados.

Síndrome de Rett. Se puede observar una interrupción de la interacción social durante la fase regresiva del síndrome de Rett (típicamente entre las edades de 1 y 4 años); por lo tanto, una proporción sustancial de niñas jóvenes afectadas puede tener una presentación que cumpla con los criterios de diagnóstico del trastorno del espectro autista.
Sin embargo, después de este período, la mayoría de las personas con síndrome de Rett mejoran sus habilidades de comunicación social y los rasgos autistas ya no son un área importante de preocupación. En consecuencia, el trastorno del espectro autista sólo debe considerarse cuando se cumplen todos los criterios diagnósticos.

Síntomas asociados a los trastornos de ansiedad. La superposición de los síntomas de ansiedad con los síntomas centrales del trastorno del espectro autista puede dificultar la clasificación de los síntomas de ansiedad en el trastorno del espectro autista. Por ejemplo, el aislamiento social y las conductas repetitivas son características centrales del trastorno del espectro autista, pero también pueden ser expresiones de ansiedad. Los trastornos de ansiedad más comunes en el trastorno del espectro autista son la fobia específica (hasta en el 30% de los casos) y la ansiedad social y la agorafobia (hasta en el 17% de los casos).

Machine Translated by Google

Trastorno obsesivo compulsivo. El comportamiento repetitivo es una característica definitoria tanto del trastorno obsesivo-compulsivo como del trastorno del espectro autista. En ambas condiciones, los comportamientos repetitivos se consideran inapropiados o extraños. En el trastorno obsesivo-compulsivo, los pensamientos intrusivos suelen estar relacionados con la contaminación, la organización o temas sexuales o religiosos. Las compulsiones se realizan en respuesta a estos pensamientos intrusivos en un intento de aliviar la ansiedad. En el trastorno del espectro autista, las conductas repetitivas clásicamente incluyen conductas motoras más estereotipadas, como agitar las manos y los dedos, o conductas más complejas, como la insistencia en rutinas o alinear objetos. A diferencia del trastorno obsesivo-compulsivo, las conductas repetitivas en el trastorno del espectro autista pueden percibirse como placenteras y reforzadoras.

Esquizofrenia. La esquizofrenia que comienza en la niñez generalmente se desarrolla después de un período de desarrollo normal o casi normal. Se ha descrito un estado prodrómico en el que se produce deterioro social e intereses y creencias atípicas, que podrían confundirse con los déficits sociales y los intereses fijos restringidos que se observan en el trastorno del espectro autista. Las alucinaciones y los delirios, que son características definitorias de la esquizofrenia, no son características del trastorno del espectro autista. Sin embargo, los médicos deben tener en cuenta la posibilidad de que las personas con trastorno del espectro autista sean concretas en su interpretación de las preguntas relativas a las características clave de la esquizofrenia (por ejemplo, "¿Escuchas voces cuando no hay nadie allí?" "Sí [en la radio]"). El trastorno del espectro autista y la esquizofrenia pueden coexistir y ambos deben diagnosticarse cuando se cumplen los criterios.

Desorden de personalidad. En adultos sin trastorno del desarrollo intelectual o deterioro significativo del lenguaje, algunos comportamientos asociados con el trastorno del espectro autista pueden ser percibidos por otros como síntomas de un trastorno de personalidad narcisista, esquizotípico o esquizoide.

El trastorno esquizotípico de la personalidad en particular puede cruzarse con el trastorno del espectro autista en preocupaciones y experiencias perceptivas inusuales, pensamiento y habla extraños, afecto restringido y ansiedad social, falta de amigos cercanos y comportamiento extraño o excéntrico. El curso de desarrollo temprano del trastorno del espectro autista (falta de juego imaginativo, comportamiento restringido/repetitivo, sensibilidades sensoriales) es más útil para diferenciarlo de los trastornos de la personalidad.

Comorbilidad El

trastorno del espectro autista se asocia frecuentemente con un trastorno del desarrollo intelectual y un trastorno del lenguaje (es decir, una incapacidad para comprender y construir oraciones con la gramática adecuada). Las dificultades específicas de aprendizaje (alfabetización y aritmética) son comunes, al igual que el trastorno de coordinación del desarrollo.

Las comorbilidades psiquiátricas también coexisten en el trastorno del espectro autista. Aproximadamente el 70% de las personas con trastorno del espectro autista pueden tener un trastorno mental comórbido y el 40% pueden tener dos o más trastornos mentales comórbidos. Los trastornos de ansiedad, la depresión y el TDAH son particularmente comunes. El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos es una característica de presentación bastante frecuente del trastorno del espectro autista, y pueden persistir preferencias alimentarias extremas y estrechas.

Entre las personas que no son verbales o tienen déficits del lenguaje, signos observables como cambios en el sueño o la alimentación y aumentos en comportamientos desafiantes deberían desencadenar una evaluación de ansiedad o depresión, así como de posible dolor o malestar debido a problemas médicos o dentales no diagnosticados.

Condiciones médicas comúnmente asociadas con el trastorno del espectro autista

Machine Translated by Google

incluyen epilepsia y estreñimiento.

Desorden hiperactivo y deficit de atencion

Desorden hiperactivo y deficit de atencion

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, caracterizado por (1) y/o (2): 1. Falta de atención:

Seis (o más) de los siguientes síntomas han persistido durante al menos al menos 6 meses en un grado que sea inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacte negativamente directamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales:

Nota: Los síntomas no son únicamente una manifestación de comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o incapacidad para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (de 17 años o más), se requieren al menos cinco síntomas. a. A menudo no presta

mucha atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., pasa por alto o pasa por alto detalles, el trabajo es inexacto).

b. A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego (p. ej., tiene dificultad para permanecer concentrado durante conferencias, conversaciones o lecturas prolongadas).

C. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., la mente parece estar en otra parte, incluso en ausencia de cualquier distracción obvia). d. A

menudo no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres domésticos o los deberes en el lugar de trabajo (p. ej., comienza las tareas pero rápidamente pierde la concentración y se desvía fácilmente). mi. A menudo

tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para mantener los materiales y pertenencias en orden; trabajo desordenado y desorganizado; tiene mala gestión del tiempo; no cumple con los plazos).

F. A menudo evita, no le gusta o es reacio a participar en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o en casa; en el caso de adolescentes mayores y adultos, preparar informes, completar formularios, revisar trabajos extensos). gramo. A menudo pierde cosas necesarias

para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, herramientas, billeteras, llaves, documentos, anteojos, teléfonos móviles).

Machine Translated by Google

teléfonos).

h. A menudo se distrae fácilmente con estímulos extraños (para adolescentes mayores y adultos, pueden incluir pensamientos no relacionados).

i. A menudo es olvidadizo en las actividades diarias (p. ej., hacer tareas domésticas, hacer recados; en adolescentes y adultos mayores, devolver llamadas, pagar facturas, acudir a citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas han persistido durante al menos 6 meses en un grado que es inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta negativamente directamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales: Nota: Los síntomas no son únicamente una

manifestación de comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o falta de comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (de 17 años o más), se requieren al menos cinco síntomas. a. A menudo se inquieta o se da golpecitos con las manos o los pies o se

retuerce en el asiento. b. A menudo abandona su asiento en situaciones en

las que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, deja su lugar en el aula, en la oficina u otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren permanecer en el lugar).

C. A menudo corre o trepa en situaciones en las que no es apropiado. (Nota: en adolescentes o adultos, pueden limitarse a sentirse inquietos.) d. A

menudo no pueden jugar o realizar actividades de ocio tranquilamente. mi.

A menudo está "en movimiento", actuando como si estuviera "impulsado por un motor" (p. ej., no puede estar quieto o se siente incómodo estando quieto durante mucho tiempo, como en restaurantes, reuniones; otros pueden sentirlo inquieto o difícil de mantener). arriba con). F. A

menudo habla en exceso. gramo.

A menudo deja escapar una respuesta antes de que se haya completado una pregunta (p. ej., completa las oraciones de las personas; no puede esperar el turno para conversar).

h. A menudo tiene dificultades para esperar su turno (p. ej., mientras espera en la fila). i.

A menudo interrumpe o se entromete en los demás (p. ej., se entromete en conversaciones, juegos o actividades; puede comenzar a usar las cosas de otras personas sin pedir ni recibir permiso; en el caso de adolescentes y adultos, puede entrometerse o apropiarse de lo que otros están haciendo).

B. Varios síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de la edad 12 años.

C. Varios síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsividad están presentes en dos o más entornos (p. ej., en el hogar, la escuela o el trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades).

D. Existe evidencia clara de que los síntomas interfieren o reducen la calidad de

Machine Translated by Google

funcionamiento social, académico u ocupacional.

E. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia u 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: F90.2

Presentación combinada: Si se cumplen tanto el Criterio A1 (falta de atención) como el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

F90.0 Presentación predominantemente desatendida: si se cumple el Criterio A1 (falta de atención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

F90.1 Presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva: si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (falta de atención) durante los últimos 6 meses.

Especifique

si: En remisión parcial: cuando anteriormente se cumplían todos los criterios, se han cumplido menos de los criterios completos durante los últimos 6 meses y los síntomas aún provocan un deterioro en el funcionamiento social, académico u ocupacional.

Especifique la gravedad

actual: Leve: Hay pocos síntomas, si es que hay alguno, que superen los necesarios para hacer el diagnóstico, y los síntomas no dan lugar a más que alteraciones menores en el funcionamiento social u ocupacional.

Moderado: Hay síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave”.

Grave: muchos síntomas que exceden los necesarios para hacer el diagnóstico, o varios síntomas que son particularmente graves, están presentes, o los síntomas dan como resultado un deterioro marcado en el funcionamiento social u ocupacional.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo. La falta de atención se manifiesta conductualmente en el TDAH como desviarse de la tarea, no seguir las instrucciones o terminar el trabajo o las tareas del hogar, tener dificultad para mantener la concentración y estar desorganizado y no es atribuible al desafío o la falta de comprensión. La hiperactividad se refiere a una actividad motora excesiva (como un niño corriendo) cuando no es apropiada, o a una excesiva inquietud, golpeteo o locuacidad. En los adultos, la hiperactividad puede manifestarse como inquietud extrema o cansancio de los demás con su actividad. La impulsividad se refiere a acciones apresuradas que ocurren en el momento sin previsión, que pueden tener potencial para dañar al individuo (p. ej., salir corriendo a la calle sin mirar). La impulsividad puede reflejar un deseo de recompensas inmediatas o una incapacidad para retrasar la gratificación. Los comportamientos impulsivos pueden manifestarse como intrusión social (p. ej.

Machine Translated by Google

interrumpir excesivamente a otros) y/o tomar decisiones importantes sin considerar las consecuencias a largo plazo (por ejemplo, aceptar un trabajo sin la información adecuada).

El TDAH comienza en la niñez. El requisito de que varios síntomas estén presentes antes de los 12 años transmite la importancia de una presentación clínica sustancial durante la infancia. Al mismo tiempo, no se especifica una edad más temprana de inicio debido a las dificultades para establecer retrospectivamente un inicio preciso en la niñez. El recuerdo de los síntomas de la niñez por parte de los adultos tiende a ser poco confiable y es beneficioso obtener información auxiliar. El TDAH no se puede diagnosticar en ausencia de ningún síntoma antes de los 12 años. Cuando los síntomas de lo que parece ser TDAH aparecen por primera vez después de los 13 años, es más probable que se expliquen por otro trastorno mental o que representen los efectos cognitivos del uso de sustancias.

Las manifestaciones del trastorno deben estar presentes en más de un entorno (p. ej., hogar y escuela, o hogar y trabajo). Por lo general, la confirmación de síntomas sustanciales en distintos entornos no se puede realizar con precisión sin consultar a los informantes que han visto al individuo en esos entornos. Por lo general, los síntomas varían según el contexto dentro de un entorno determinado. Los signos del trastorno pueden ser mínimos o estar ausentes cuando el individuo recibe recompensas frecuentes por el comportamiento apropiado, está bajo estrecha supervisión, se encuentra en un entorno nuevo, participa en actividades especialmente interesantes, recibe estimulación externa constante (p. ej., a través de pantallas electrónicas), o está interactuando en situaciones individuales (por ejemplo, en el consultorio del médico).

Funciones asociadas

Los retrasos en el desarrollo del lenguaje, motor o social no son específicos del TDAH, pero a menudo coexisten.
La desregulación emocional o la impulsividad emocional ocurren comúnmente en niños y adultos con TDAH. Las personas con TDAH se autoinforman y otros las describen como personas que se enojan rápidamente, se frustran fácilmente y reaccionan emocionalmente de forma exagerada.

Incluso en ausencia de un trastorno del aprendizaje específico, el rendimiento académico o laboral suele verse afectado. Los individuos con TDAH pueden presentar déficits neurocognitivos en una variedad de áreas, incluida la memoria de trabajo, el cambio de escenario, la variabilidad del tiempo de reacción, la inhibición de la respuesta, la vigilancia y la planificación/organización, aunque estas pruebas no son lo suficientemente sensibles o específicas para servir como índices de diagnóstico.

Aunque el TDAH no se asocia con características físicas específicas, las tasas de anomalías físicas menores (p. ej., hipertelorismo, paladar muy arqueado, orejas de implantación baja) pueden ser elevadas. Pueden producirse retrasos motores sutiles y otros signos neurológicos leves. (Tenga en cuenta que la torpeza y los retrasos motores concurrentes marcados deben codificarse por separado [p. ej., trastorno de coordinación del desarrollo].)

Los niños con trastornos del desarrollo neurológico con una causa conocida (p. ej., síndrome del X frágil, síndrome de deleción 22q11) a menudo también pueden presentar síntomas de falta de atención e impulsividad/hiperactividad; deben recibir un diagnóstico de TDAH si sus síntomas cumplen todos los criterios del trastorno.

Predominio

Las encuestas de población sugieren que el TDAH ocurre en todo el mundo en aproximadamente el 7,2% de los niños; sin embargo, la prevalencia transnacional varía ampliamente, del 0,1% al 10,2% de los niños y adolescentes.
La prevalencia es mayor en poblaciones especiales, como niños de crianza o entornos correccionales. en un

Machine Translated by Google

En un metanálisis transnacional, el TDAH se produjo en el 2,5% de los adultos.

Desarrollo y evolución

Muchos padres observan por primera vez una actividad motora excesiva cuando el niño es pequeño, pero los síntomas son difíciles de distinguir de conductas normativas muy variables antes de los 4 años. El TDAH se identifica con mayor frecuencia durante los años de la escuela primaria, cuando la falta de atención se vuelve más prominente y perjudicial. El trastorno es relativamente estable durante la adolescencia temprana, pero algunos individuos empeoran con el desarrollo de conductas antisociales. En la mayoría de las personas con TDAH, los síntomas de hiperactividad motora se vuelven menos evidentes en la adolescencia y la edad adulta, pero persisten las dificultades de inquietud, falta de atención, mala planificación e impulsividad. Una proporción sustancial de niños con TDAH permanecen relativamente deteriorados hasta la edad adulta.

En preescolar, la principal manifestación es la hiperactividad. La falta de atención se vuelve más prominente durante la escuela primaria. Durante la adolescencia, los signos de hiperactividad (p. ej., correr y trepar) son menos comunes y pueden limitarse a inquietud o una sensación interna de nerviosismo, inquietud o impaciencia. En la edad adulta, junto con la falta de atención y la inquietud, la impulsividad puede seguir siendo problemática incluso cuando la hiperactividad ha disminuido.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Temperamental. El TDAH se asocia con una reducción de la inhibición conductual, el control esforzado o la restricción; emocionalidad negativa; y/o búsqueda elevada de novedades. Estos rasgos pueden predisponer a algunos niños al TDAH, pero no son específicos del trastorno.

Ambiental. El peso muy bajo al nacer y el grado de prematuridad conllevan un mayor riesgo de TDAH; cuanto más extremo es el bajo peso, mayor es el riesgo. La exposición prenatal al tabaquismo se asocia con el TDAH incluso después de controlar los antecedentes psiquiátricos y el nivel socioeconómico de los padres. Una minoría de casos puede estar relacionada con reacciones a aspectos de la dieta. La exposición a neurotoxinas (p. ej., plomo), infecciones (p. ej., encefalitis) y exposición al alcohol en el útero se han correlacionado con el TDAH posterior, pero no se sabe si estas asociaciones son causales.

Genético y fisiológico. La heredabilidad del TDAH es aproximadamente del 74%. Los estudios de asociación de todo el genoma (GWAS) a gran escala han identificado una serie de loci enriquecidos en regiones genómicas evolutivamente limitadas y genes de pérdida de función, así como alrededor de regiones reguladoras expresadas en el cerebro. No existe un gen único para el TDAH.

Las deficiencias visuales y auditivas, las anomalías metabólicas y las deficiencias nutricionales deben considerarse como posibles influencias sobre los síntomas del TDAH. El TDAH está elevado en personas con epilepsia idiopática.

Modificadores de curso. Es poco probable que los patrones de interacción familiar en la primera infancia causen TDAH, pero puede influir en su curso o contribuir al desarrollo secundario de problemas de conducta.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Las diferencias en la prevalencia del TDAH entre regiones parecen atribuibles principalmente a diferentes procedimientos de diagnóstico y prácticas metodológicas, incluido el uso de diferentes métodos de diagnóstico.

Machine Translated by Google

entrevistas y diferencias en cuanto a si se requería deterioro funcional y, de ser así, cómo se definió. La prevalencia también se ve afectada por la variación cultural en las actitudes hacia las normas y expectativas de comportamiento de niños y jóvenes en diferentes contextos sociales, así como por las diferencias culturales en las interpretaciones de los comportamientos de los niños por parte de padres y maestros, incluidas las diferencias por género. Las tasas de identificación clínica en los Estados Unidos para las poblaciones afroamericanas y latinas tienden a ser más bajas que para las poblaciones blancas no latinas. La subdetección puede ser el resultado de etiquetar erróneamente los síntomas del TDAH como oposicionistas o disruptivos en grupos étnicos o racializados socialmente oprimidos debido a un sesgo médico explícito o implícito, lo que lleva a un sobrediagnóstico de trastornos disruptivos. La mayor prevalencia entre jóvenes blancos no latinos también puede verse influida por una mayor demanda de los padres de que se diagnostiquen conductas consideradas relacionadas con el TDAH. Las calificaciones de los síntomas de los informantes pueden verse influenciadas por los antecedentes culturales del niño y del informante, lo que sugiere que las prácticas de diagnóstico culturalmente competentes son relevantes en la evaluación del TDAH.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

El TDAH es más frecuente en hombres que en mujeres en la población general, con una proporción de aproximadamente 2:1 en niños y 1,6:1 en adultos. Las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de presentar principalmente rasgos de falta de atención. Las diferencias de sexo en la gravedad de los síntomas del TDAH pueden deberse a diferentes responsabilidades genéticas y cognitivas entre los sexos.

Marcadores de diagnóstico

Ningún marcador biológico es diagnóstico del TDAH. Aunque el TDAH se ha asociado con una potencia elevada de las ondas lentas (4–7 Hz “theta”) así como con una disminución de la potencia de las ondas rápidas (14–30 Hz “beta”), una revisión posterior no encontró diferencias en la potencia theta o beta en ya sean niños o adultos con TDAH en comparación con los sujetos de control.

Aunque algunos estudios de neuroimagen han mostrado diferencias en niños con TDAH en comparación con sujetos de control, el metanálisis de todos los estudios de neuroimagen no muestra diferencias entre individuos con TDAH y sujetos de control. Es probable que esto se deba a diferencias en los criterios de diagnóstico, el tamaño de la muestra, la tarea utilizada y los aspectos técnicos de la técnica de neuroimagen. Hasta que se resuelvan estos problemas, no se puede utilizar ningún tipo de neuroimagen para el diagnóstico del TDAH.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

El TDAH es un factor de riesgo para la ideación y el comportamiento suicidas en los niños. De manera similar, en la edad adulta, el TDAH se asocia con un mayor riesgo de intento de suicidio, cuando tiene comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, de conducta o de uso de sustancias, incluso después de controlar la comorbilidad. Los pensamientos suicidas también son más comunes en poblaciones con TDAH que en sujetos de control sin TDAH. El TDAH predijo la persistencia de pensamientos suicidas en los soldados del ejército estadounidense.

Consecuencias funcionales del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

El TDAH se asocia con un rendimiento escolar y un logro académico reducidos. Los déficits académicos, los problemas escolares y la negligencia de los compañeros tienden a estar más asociados con niveles elevados

síntomas de falta de atención, mientras que el rechazo de los compañeros y, en menor medida, las lesiones accidentales son los más comunes.

Machine Translated by Google

saliente con marcados síntomas de hiperactividad o impulsividad. La autoaplicación inadecuada o variable a tareas que requieren un esfuerzo sostenido es a menudo interpretada por otros como pereza, irresponsabilidad o falta de cooperación.

Los adultos jóvenes con TDAH tienen poca estabilidad laboral. Los adultos con TDAH muestran un peor desempeño ocupacional, logros, asistencia y una mayor probabilidad de desempleo, así como un elevado conflicto interpersonal. En promedio, las personas con TDAH obtienen menos escolaridad, tienen peores logros vocacionales y puntuaciones intelectuales más bajas que sus pares, aunque existe una gran variabilidad. En su forma grave, el trastorno es notablemente perjudicial y afecta la adaptación social, familiar y escolar/ocupacional.

Las relaciones familiares pueden caracterizarse por discordia e interacciones negativas. Las personas con TDAH tienen una autoestima más baja en relación con sus pares sin TDAH. Las relaciones con los compañeros a menudo se ven alteradas por el rechazo, el abandono o las burlas de los compañeros hacia el individuo con TDAH.

Los niños con TDAH tienen significativamente más probabilidades que sus pares sin TDAH de desarrollar un trastorno de conducta en la adolescencia y un trastorno de personalidad antisocial en la edad adulta, lo que aumenta en consecuencia la probabilidad de sufrir trastornos por uso de sustancias y encarcelamiento. El riesgo de sufrir trastornos posteriores por uso de sustancias es elevado, especialmente cuando se desarrolla un trastorno de conducta o un trastorno de personalidad antisocial.

Las personas con TDAH tienen más probabilidades que sus compañeros de sufrir lesiones. Los niños y adultos con TDAH tienen mayor riesgo de sufrir un trauma y desarrollar el posterior síndrome de estrés postraumático. Los accidentes e infracciones de tráfico son más frecuentes en conductores con TDAH. Las personas con TDAH tienen una tasa de mortalidad general más alta, en gran parte debido a accidentes y lesiones. También puede haber una probabilidad elevada de obesidad e hipertensión entre personas con TDAH.

Diagnóstico diferencial

Trastorno negativista desafiante. Las personas con trastorno de oposición desafiante pueden resistirse a las tareas laborales o escolares que requieren autoaplicación porque se resisten a adaptarse a las demandas de los demás. Su comportamiento se caracteriza por la negatividad, la hostilidad y el desafío. Estos síntomas deben diferenciarse de la aversión a la escuela o a las tareas mentalmente exigentes debido a la dificultad para mantener el esfuerzo mental, el olvido de instrucciones y la impulsividad en personas con TDAH.

Lo que complica el diagnóstico diferencial es el hecho de que algunos individuos con TDAH pueden desarrollar actitudes de oposición secundaria hacia tales tareas y devaluar su importancia.

Trastorno explosivo intermitente. El TDAH y el trastorno explosivo intermitente comparten altos niveles de comportamiento impulsivo. Sin embargo, los individuos con trastorno explosivo intermitente muestran una agresión grave hacia los demás, lo cual no es característico del TDAH, y no experimentan problemas para mantener la atención como se observa en el TDAH. Además, el trastorno explosivo intermitente es poco común en la infancia. El trastorno explosivo intermitente se puede diagnosticar en presencia de TDAH.

Otros trastornos del neurodesarrollo. El aumento de la actividad motora que puede ocurrir en el TDAH debe distinguirse del comportamiento motor repetitivo que caracteriza el trastorno de movimientos estereotipados y algunos casos de trastorno del espectro autista. En el trastorno de movimientos estereotipados, la conducta motora es generalmente fija y repetitiva (p. ej., balanceo del cuerpo, morderse a uno mismo), mientras que la inquietud y la inquietud en el TDAH suelen ser generalizadas y no se caracterizan por movimientos estereotipados repetitivos. En el trastorno de Tourette, los tics múltiples frecuentes pueden confundirse con la inquietud generalizada del TDAH. Puede ser necesaria una observación prolongada para diferenciar la inquietud de los ataques de tics múltiples.

Machine Translated by Google

Trastorno específico del aprendizaje. Los niños con un trastorno específico del aprendizaje por sí solos pueden parecer desatentos debido a frustración, falta de interés o capacidad limitada en neurocognición

procesos, incluida la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento, mientras que su falta de atención se reduce mucho cuando realizan una habilidad que no requiere el proceso cognitivo deteriorado.

Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual). Los síntomas del TDAH son comunes en niños con trastorno del desarrollo intelectual ubicados en ambientes académicos que son inapropiados para su capacidad intelectual. En tales casos, los síntomas no son evidentes durante las tareas no académicas. Un diagnóstico de TDAH en un trastorno del desarrollo intelectual requiere que la falta de atención o la hiperactividad sean excesivas para la edad mental.

Desorden del espectro autista. Las personas con TDAH y aquellas con trastorno del espectro autista exhiben falta de atención, disfunción social y comportamiento difícil de controlar. La disfunción social y el rechazo de los pares observados en personas con TDAH deben distinguirse de la desvinculación social, el aislamiento y la indiferencia hacia las señales de comunicación faciales y tonales que se observan en personas con trastorno del espectro autista. Los niños con trastorno del espectro autista pueden tener rabietas debido a su incapacidad para tolerar un cambio en el curso esperado de los acontecimientos. Por el contrario, los niños con TDAH pueden comportarse mal o tener una rabieta durante una transición importante debido a la impulsividad o el autocontrol deficiente.

Trastorno reactivo de la vinculación. Los niños con trastorno de apego reactivo pueden mostrar desinhibición social, pero no el conjunto completo de síntomas del TDAH, y mostrar otras características, como la falta de relaciones duraderas, que no son características del TDAH.

Desórdenes de ansiedad. El TDAH comparte síntomas de falta de atención con los trastornos de ansiedad. Las personas con TDAH carecen de atención debido a su participación preferencial en actividades novedosas y estimulantes o su preocupación por actividades agradables. Esto se distingue de la falta de atención atribuible a la preocupación y la cavilación que se observa en los trastornos de ansiedad. La inquietud puede observarse en los trastornos de ansiedad. Sin embargo, en el TDAH, el síntoma no está asociado con la preocupación y la reflexión.

Trastorno de estrés postraumático. Las dificultades de concentración asociadas con el trastorno de estrés postraumático (TEPT) pueden diagnosticarse erróneamente en los niños como TDAH. Los niños menores de 6 años a menudo manifiestan PTSD con síntomas inespecíficos como inquietud, irritabilidad, falta de atención y falta de concentración, que pueden imitar el TDAH. Los padres también pueden minimizar los síntomas relacionados con el trauma de sus hijos, y los maestros y otros cuidadores a menudo no son conscientes de la exposición del niño a eventos traumáticos. Una evaluación integral de la exposición pasada a eventos traumáticos puede descartar el trastorno de estrés postraumático.

Trastornos depresivos. Las personas con trastornos depresivos pueden presentar incapacidad para concentrarse. Sin embargo, la falta de concentración en los trastornos del estado de ánimo se vuelve prominente sólo durante un episodio depresivo.

Trastorno bipolar. Las personas con trastorno bipolar pueden tener mayor actividad, mala concentración y mayor impulsividad, pero estas características son episódicas, a diferencia del TDAH, en el que los síntomas son persistentes. Además, en el trastorno bipolar, el aumento de la impulsividad o la falta de atención se acompaña de un estado de ánimo elevado, grandiosidad y otras características bipolares específicas. niños con

Machine Translated by Google

El TDAH puede mostrar cambios significativos de humor en el mismo día; dicha labilidad es distinta de un episodio maníaco o hipomaníaco, que debe durar cuatro días o más para ser un indicador clínico de trastorno bipolar, incluso en niños. El trastorno bipolar es poco común en los preadolescentes, incluso cuando la irritabilidad y la ira severas son prominentes, mientras que el TDAH es común entre niños y adolescentes que muestran ira e irritabilidad excesivas.

Trastorno disruptivo de desregulación del estado de ánimo. El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se caracteriza por irritabilidad generalizada e intolerancia a la frustración, pero la impulsividad y la atención desorganizada no son características esenciales. Sin embargo, la mayoría de los niños y adolescentes que padecen este trastorno también presentan síntomas que cumplen los criterios del TDAH, que se diagnostica por separado.

Trastornos por uso de sustancias. Diferenciar el TDAH de los trastornos por uso de sustancias puede resultar problemático si la primera presentación de los síntomas del TDAH sigue al inicio del abuso o

uso frecuente. La evidencia clara de TDAH antes del uso indebido de sustancias proveniente de informantes o registros previos puede ser esencial para el diagnóstico diferencial.

Desorden de personalidad. En adolescentes y adultos, puede resultar difícil distinguir el TDAH de los trastornos límite, narcisista y otros trastornos de la personalidad. Algunos trastornos de la personalidad tienden a compartir las características de desorganización, intrusión social, desregulación emocional y desregulación cognitiva. Sin embargo, el TDAH no se caracteriza por miedo al abandono, autolesión, ambivalencia extrema u otras características del trastorno de la personalidad. Puede ser necesaria una observación clínica extensa, una entrevista con un informante o una historia detallada para distinguir el comportamiento impulsivo, socialmente intrusivo o inapropiado del comportamiento narcisista, agresivo o dominante para hacer este diagnóstico diferencial.

Desórdenes psicóticos. El TDAH no se diagnostica si los síntomas de falta de atención e hiperactividad ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico.

Síntomas del TDAH inducidos por medicamentos. Los síntomas de falta de atención, hiperactividad o impulsividad atribuibles al uso de medicamentos (p. ej., broncodilatadores, isoniazida, neurolépticos [que provocan acatisia], medicamentos de reemplazo tiroideo) se diagnostican como otros trastornos relacionados con otras sustancias, especificadas o no especificadas (o desconocidas).

Trastornos neurocognitivos. Si bien el deterioro de la atención compleja puede ser uno de los dominios cognitivos afectados en un trastorno neurocognitivo, debe representar una disminución con respecto a un nivel anterior de rendimiento para justificar un diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor o leve.
Además, el trastorno neurocognitivo mayor o leve suele aparecer en la edad adulta. Por el contrario, la falta de atención en el TDAH debe haber estado presente antes de los 12 años y no representa una disminución del funcionamiento anterior.

Comorbilidad

Aunque el TDAH es más común en los hombres, las mujeres con TDAH tienen tasas más altas de una serie de trastornos comórbidos, en particular el trastorno de oposición desafiante, el trastorno del espectro autista y los trastornos de la personalidad y el uso de sustancias. El trastorno de oposición desafiante coexiste con el TDAH en aproximadamente la mitad de los niños con la presentación combinada y aproximadamente en una cuarta parte con la presentación predominantemente falta de atención. El trastorno de conducta coexiste en aproximadamente una cuarta parte de los niños

Machine Translated by Google

o adolescentes con la presentación combinada, según edad y entorno. La mayoría de los niños y adolescentes con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo tienen síntomas que también cumplen con los criterios del TDAH; un porcentaje menor de niños con TDAH tiene síntomas que cumplen con los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Los trastornos de ansiedad, el trastorno depresivo mayor, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno explosivo intermitente ocurren en una minoría de personas con TDAH, pero con mayor frecuencia que en la población general. Aunque los trastornos por uso de sustancias son relativamente más frecuentes entre los adultos con TDAH que en la población general, los trastornos están presentes sólo en una minoría de adultos con TDAH. En los adultos, los trastornos antisociales y otros trastornos de la personalidad pueden coexistir con el TDAH.

El TDAH puede coexistir en perfiles de síntomas variables con otros trastornos del desarrollo neurológico, incluido el trastorno específico del aprendizaje, el trastorno del espectro autista, el trastorno del desarrollo intelectual, los trastornos del lenguaje, el trastorno de la coordinación del desarrollo y los trastornos de tics.

Los trastornos comórbidos del sueño en el TDAH se asocian con alteraciones cognitivas durante el día (p. ej., falta de atención). Muchas personas con TDAH informan somnolencia diurna que puede cumplir con los criterios del trastorno de hipersomnolencia. Entre una cuarta parte y la mitad de las personas con TDAH informan dificultades para dormir; Los estudios han demostrado una asociación del TDAH con el insomnio, el trastorno del ritmo circadiano del sueño y la vigilia, los trastornos respiratorios durante el sueño y el síndrome de piernas inquietas.

Se ha descubierto que las personas con TDAH tienen tasas elevadas de una serie de problemas médicos. afecciones, particularmente alergias y trastornos autoinmunes, así como epilepsia.

Otro trastorno específico por déficit de atención con hiperactividad

F90.8

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno por déficit de atención/hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención/hiperactividad o cualquiera de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos del desarrollo neurológico. La otra categoría especificada de trastorno por déficit de atención/hiperactividad se utiliza en situaciones en las que el médico decide comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de trastorno por déficit de atención/hiperactividad o cualquier trastorno del desarrollo neurológico específico. Esto se hace registrando “otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “con síntomas de falta de atención insuficientes”).

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado

F90.9

Machine Translated by Google

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno por déficit de atención/hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención/hiperactividad o cualquiera de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos del desarrollo neurológico. La categoría de trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide no especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad o para un trastorno del desarrollo neurológico específico, e incluye presentaciones en las que hay Información insuficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Trastorno específico del aprendizaje

Trastorno específico del aprendizaje

Criterios de diagnóstico

A. Dificultades para aprender y utilizar habilidades académicas, según lo indicado por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que han persistido durante al menos 6 meses, a pesar de la provisión de intervenciones dirigidas a esas dificultades: 1.

Lectura de palabras inexacta o lenta y con esfuerzo. (p. ej., lee palabras sueltas en voz alta de forma incorrecta o lenta y vacilante, adivina palabras con frecuencia, tiene dificultad para pronunciarlas).

2. Dificultad para comprender el significado de lo que se lee (p. ej., puede leer el texto con precisión pero no comprender la secuencia, las relaciones, las inferencias o los significados más profundos de lo que se lee).
3. Dificultades con la ortografía (p. ej., puede agregar, omitir o sustituir vocales o consonantes).

4. Dificultades con la expresión escrita (p. ej., comete múltiples errores gramaticales o de puntuación dentro de las oraciones; emplea una organización deficiente de los párrafos; la expresión escrita de ideas carece de claridad).
5. Dificultades para dominar el sentido numérico, las operaciones numéricas o el cálculo (p. ej., no comprende bien 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 lo hacen sus compañeros; se pierde en el en medio del cálculo aritmético y pueden cambiar de procedimiento).

Machine Translated by Google

6. Dificultades con el razonamiento matemático (por ejemplo, tiene graves dificultades para aplicar conceptos, hechos o procedimientos matemáticos para resolver problemas cuantitativos).

B. Las habilidades académicas afectadas están sustancial y cuantificablemente por debajo de las esperadas para la edad cronológica del individuo y causan una interferencia significativa con el desempeño académico u ocupacional, o con las actividades de la vida diaria, según lo confirmado por medidas de rendimiento estandarizadas administradas individualmente y una evaluación clínica integral. Para personas de 17 años o más, la evaluación estandarizada puede sustituirse por un historial documentado de dificultades de aprendizaje.

C. Las dificultades de aprendizaje comienzan durante los años de edad escolar, pero pueden no manifestarse completamente hasta que las demandas de las habilidades académicas afectadas excedan las capacidades limitadas del individuo (por ejemplo, como en las pruebas cronometradas, leer o escribir informes largos y complejos en un plazo ajustado, excesivamente cargas académicas pesadas).

D. Las dificultades de aprendizaje no se explican mejor por discapacidades intelectuales, agudeza visual o auditiva no corregida, otros trastornos mentales o neurológicos, adversidad psicosocial, falta de dominio del idioma de instrucción académica o instrucción educativa inadecuada.

Nota: Los cuatro criterios de diagnóstico deben cumplirse con base en una síntesis clínica de la historia del individuo (de desarrollo, médica, familiar, educativa), informes escolares y evaluación psicoeducativa.

Nota de codificación: especifique todos los dominios y subhabilidades académicas que están deteriorados. Cuando más de un dominio está afectado, cada uno debe codificarse individualmente de acuerdo con los siguientes especificadores.

Especifique

si: F81.0 Con deterioro en la lectura: Precisión

en la lectura de palabras

Velocidad o fluidez en la

lectura Comprensión de lectura

Nota: Dislexia es un término alternativo que se utiliza para referirse a un patrón de dificultades de aprendizaje caracterizado por problemas con el reconocimiento preciso o fluido de palabras, mala decodificación y mala capacidad de ortografía. Si se utiliza la dislexia para especificar este patrón particular de dificultades, es importante también especificar cualquier dificultad adicional que esté presente, como dificultades con la comprensión lectora o el razonamiento matemático.

F81.81 Con deterioro de la expresión escrita: Precisión

ortográfica Precisión

gramatical y de puntuación Claridad u

organización de la expresión escrita

Machine Translated by Google

F81.2 Con deterioro en matemáticas:

Sentido de los números

Memorización de operaciones aritméticas.

Cálculo preciso o fluido

Razonamiento matemático

preciso Nota: Discalculia es un término alternativo que se utiliza para referirse a un patrón de dificultades caracterizado por problemas para procesar información numérica, aprender operaciones aritméticas y realizar cálculos precisos o fluidos. Si se utiliza la discalculia para especificar este patrón particular de dificultades matemáticas, es importante también especificar cualquier dificultad adicional que esté presente, como dificultades con el razonamiento matemático o la precisión del razonamiento de palabras.

Especifique la gravedad actual:

Leve: algunas dificultades para aprender habilidades en uno o dos dominios académicos, pero de gravedad lo suficientemente leve como para que el individuo pueda compensar o funcionar bien cuando se le brindan adaptaciones o servicios de apoyo adecuados, especialmente durante los años escolares.

Moderado: Dificultades marcadas para aprender habilidades en uno o más dominios académicos, por lo que es poco probable que el individuo llegue a ser competente sin algunos intervalos de enseñanza intensiva y especializada durante los años escolares. Es posible que se necesiten algunas adaptaciones o servicios de apoyo al menos parte del día en la escuela, en el lugar de trabajo o en el hogar para completar las actividades de manera precisa y eficiente.

Severo: Dificultades severas en el aprendizaje de habilidades, que afectan varios dominios académicos, de modo que es poco probable que el individuo aprenda esas habilidades sin una enseñanza intensiva, individualizada y especializada continua durante la mayor parte de los años escolares. Incluso con una variedad de adaptaciones o servicios apropiados en el hogar, la escuela o el lugar de trabajo, es posible que el individuo no pueda completar todas las actividades de manera eficiente.

Procedimientos de registro Se debe

registrar cada dominio académico deteriorado y subhabilidad del trastorno de aprendizaje específico.
Debido a los requisitos de codificación de la CIE, las deficiencias en lectura, las deficiencias en la expresión escrita y las deficiencias en matemáticas, con sus correspondientes deficiencias en las subhabilidades, deben codificarse y registrarse por separado. Por ejemplo, las deficiencias en lectura y matemáticas y las deficiencias en las subhabilidades de velocidad o fluidez en lectura, comprensión lectora, cálculo preciso o fluido y razonamiento matemático preciso se codificarían y registrarían como trastorno específico del aprendizaje F81.0 con deficiencia en lectura, con deficiencia en la velocidad o fluidez lectora y deterioro en la comprensión lectora; F81.2 trastorno específico del aprendizaje con deterioro en matemáticas, con deterioro en el cálculo preciso o fluido y deterioro en el razonamiento matemático preciso.

Funciones de diagnóstico

Machine Translated by Google

El trastorno específico del aprendizaje es un trastorno del neurodesarrollo de origen biológico que es la base de anomalías a nivel cognitivo que se asocian a los signos conductuales del trastorno. El origen biológico incluye una interacción de factores genéticos, epigenéticos y ambientales, que afectan la capacidad del cerebro para percibir o procesar información verbal o no verbal de manera eficiente y precisa.

Una característica esencial del trastorno específico del aprendizaje son las dificultades persistentes en el aprendizaje de habilidades académicas clave (Criterio A), que comienzan durante los años de escolarización formal (es decir, el período de desarrollo). Las habilidades académicas clave incluyen lectura de palabras sueltas con precisión y fluidez, comprensión lectora, expresión escrita y ortografía, cálculo aritmético y razonamiento matemático (resolución de problemas matemáticos). A diferencia de hablar o caminar, que son hitos del desarrollo adquiridos que surgen con la maduración cerebral, las habilidades académicas (p. ej., lectura, ortografía, escritura, matemáticas) deben enseñarse y aprenderse explícitamente. El trastorno específico del aprendizaje altera el patrón normal de aprendizaje de habilidades académicas; no es simplemente una consecuencia de la falta de oportunidades de aprendizaje o de una instrucción inadecuada. Las dificultades para dominar estas habilidades académicas clave también pueden impedir el aprendizaje en otras materias académicas (por ejemplo, historia, ciencias, estudios sociales), pero esos problemas son atribuibles a dificultades para aprender las habilidades académicas subyacentes.

Las dificultades para aprender a correlacionar las letras con los sonidos del propio idioma (leer palabras impresas (a menudo denominada dislexia [trastorno específico del aprendizaje con deterioro de la lectura])) es una de las manifestaciones más comunes del trastorno específico del aprendizaje. Las dificultades de aprendizaje se manifiestan como una variedad de conductas o síntomas observables y descriptivos (como se enumeran en los Criterios A1 a A6). Estos síntomas clínicos pueden observarse, sondearse mediante la entrevista clínica o determinarse a partir de informes escolares, escalas de calificación o descripciones en evaluaciones educativas o psicológicas previas. Las dificultades de aprendizaje son persistentes, no transitorias. En niños y adolescentes, la persistencia se define como un progreso restringido en el aprendizaje (es decir, sin evidencia de que el individuo esté alcanzando a sus compañeros de clase) durante al menos seis meses a pesar de recibir ayuda adicional en el hogar o la escuela. Por ejemplo, las dificultades para aprender a leer palabras sueltas que no remiten completa o rápidamente con la instrucción de habilidades fonológicas o estrategias de identificación de palabras pueden indicar un trastorno de aprendizaje específico. La evidencia de dificultades de aprendizaje persistentes puede derivarse de informes escolares acumulativos, portafolios del trabajo evaluado del niño, medidas basadas en el plan de estudios o entrevistas clínicas. En los adultos, la dificultad persistente se refiere a dificultades continuas en las habilidades de alfabetización o aritmética que se manifiestan durante la niñez o la adolescencia, como lo indica la evidencia acumulativa de informes escolares, portafolios de trabajo evaluados o evaluaciones previas.

Una segunda característica clave es que el desempeño del individuo en las habilidades académicas afectadas está muy por debajo del esperado para su edad (Criterio B). Un indicador clínico sólido de las dificultades para aprender habilidades académicas es el bajo rendimiento académico para la edad o el rendimiento promedio que es sostenible sólo mediante niveles extraordinariamente altos de esfuerzo o apoyo. En los niños, las bajas habilidades académicas causan una interferencia significativa en el desempeño escolar (como lo indican los informes escolares y las calificaciones o calificaciones de los maestros). Otro indicador clínico, particularmente en adultos, es la evitación de actividades que requieren habilidades académicas. También en la edad adulta, las bajas habilidades académicas interfieren con el desempeño ocupacional o las actividades cotidianas que requieren esas habilidades (como lo indican los informes propios o de otros). Sin embargo, este criterio también requiere evidencia psicométrica de un individuo.

Machine Translated by Google

prueba administrada, psicométricamente sólida y culturalmente apropiada de rendimiento académico que está referenciada a normas o criterios. Las habilidades académicas se distribuyen a lo largo de un continuo, por lo que no existe un punto de corte natural que pueda usarse para diferenciar a los individuos con y sin un trastorno específico del aprendizaje. Por lo tanto, cualquier umbral utilizado para especificar lo que constituye un rendimiento académico significativamente bajo (por ejemplo, habilidades académicas muy por debajo de las expectativas de la edad) es en gran medida arbitrario. Puntuaciones de rendimiento bajas en una o más pruebas o subpruebas estandarizadas dentro de un dominio académico (es decir, al menos 1,5 desviaciones estándar [DE] por debajo de la media poblacional para la edad, lo que se traduce en una puntuación estándar de 78 o menos, que está por debajo del percentil 7).) son necesarios para la mayor certeza diagnóstica. Sin embargo, las puntuaciones precisas variarán según las pruebas estandarizadas particulares que se utilicen. Sobre la base del juicio clínico, se puede utilizar un umbral más indulgente (p. ej., 1,0 DE por debajo de la media de la población para la edad), cuando las dificultades de aprendizaje están respaldadas por evidencia convergente de la evaluación clínica, el historial académico, los informes escolares o las puntuaciones de los exámenes. Además, dado que las pruebas estandarizadas no están disponibles en todos los idiomas, el diagnóstico puede basarse en parte en el juicio clínico de las puntuaciones disponibles.

medidas de prueba.

Una tercera característica fundamental es que las dificultades de aprendizaje son fácilmente evidentes en los primeros años escolares en la mayoría de los individuos (Criterio C). Sin embargo, en otros, las dificultades de aprendizaje pueden no manifestarse completamente hasta años escolares posteriores, cuando las demandas de aprendizaje han aumentado y exceden las capacidades limitadas del individuo.

Otra característica clave del diagnóstico es que las dificultades de aprendizaje se consideran “específicas” por cuatro razones. En primer lugar, no se explican mejor por los trastornos del desarrollo intelectual (trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual]; retraso global del desarrollo); trastornos de la audición o la visión; o trastornos neurológicos o motores (Criterio D). El trastorno específico del aprendizaje afecta el aprendizaje en personas que, por lo demás, demuestran niveles normales de funcionamiento intelectual (generalmente estimado mediante una puntuación de CI superior a aproximadamente 70 [± 5 puntos teniendo en cuenta el error de medición]). La frase “académica inesperada

El bajo rendimiento” se cita a menudo como la característica definitoria del trastorno específico del aprendizaje en el sentido de que las discapacidades específicas del aprendizaje no son parte de una dificultad de aprendizaje más general como se manifiesta en el trastorno del desarrollo intelectual o el retraso global del desarrollo.

En segundo lugar, la dificultad de aprendizaje no puede atribuirse a factores externos más generales, como desventajas económicas o ambientales, ausentismo crónico o falta de educación como la que típicamente se brinda en el contexto comunitario del individuo. En tercer lugar, la dificultad de aprendizaje no puede atribuirse a trastornos neurológicos (p. ej., accidente cerebrovascular pediátrico) o motores, ni a trastornos de la visión o la audición, que a menudo se asocian con problemas en el aprendizaje de habilidades académicas pero que se distinguen por la presencia de signos neurológicos. Finalmente, la dificultad de aprendizaje puede estar restringida a una habilidad o dominio académico (por ejemplo, leer palabras sueltas, recuperar o calcular operaciones numéricas).

El trastorno específico del aprendizaje también puede ocurrir en personas identificadas como intelectualmente "superdotadas". Estos individuos pueden ser capaces de mantener un funcionamiento académico aparentemente adecuado mediante el uso de estrategias compensatorias, un esfuerzo extraordinariamente alto o apoyo, hasta que las demandas de aprendizaje o los procedimientos de evaluación (por ejemplo, pruebas cronometradas) planteen barreras para demostrar su aprendizaje o realizar las tareas requeridas. En estos casos, las puntuaciones de rendimiento del individuo serán bajas.

Machine Translated by Google

en relación con el nivel de capacidad o el logro en otros dominios, en lugar de con la media de logro de la población.

Se requiere una evaluación integral. El trastorno específico del aprendizaje sólo puede diagnosticarse después de que comienza la educación formal, pero puede diagnosticarse en cualquier momento posterior en niños, adolescentes o adultos, siempre que haya evidencia de inicio durante los años de escolarización formal (es decir, el período de desarrollo). Ninguna fuente de datos por sí sola es suficiente para diagnosticar un trastorno del aprendizaje específico. Más bien, el trastorno específico del aprendizaje es un diagnóstico clínico basado en una síntesis de los antecedentes médicos, de desarrollo, educativos y familiares del individuo; la historia de la dificultad de aprendizaje, incluyendo su manifestación anterior y actual; el impacto de la dificultad en el funcionamiento académico, ocupacional o social; informes escolares anteriores o actuales; portafolios de trabajo que requieren habilidades académicas; evaluaciones basadas en el plan de estudios; y puntuaciones anteriores o actuales de pruebas estandarizadas individuales de rendimiento académico. Si se sospecha un trastorno intelectual, sensorial, neurológico o motor, la evaluación clínica del trastorno específico del aprendizaje también debe incluir métodos apropiados para estos trastornos. Así, la evaluación integral involucrará a profesionales con experiencia en trastornos específicos del aprendizaje y evaluación psicológica/cognitiva. Dado que el trastorno específico del aprendizaje generalmente persiste hasta la edad adulta, rara vez es necesaria una reevaluación, a menos que esté indicada por cambios marcados en las dificultades de aprendizaje (mejora o empeoramiento) o solicitada para propósitos específicos.

Funciones asociadas

Los síntomas del trastorno específico del aprendizaje (dificultad con aspectos de la lectura, la escritura o las matemáticas) con frecuencia coexisten. Es común un perfil desigual de habilidades, como una combinación de habilidades superiores al promedio en dibujo, diseño y otras habilidades visuoespaciales, y una lectura lenta, exigente e imprecisa y una comprensión lectora y expresión escrita deficientes.

El trastorno específico del aprendizaje va precedido frecuentemente, pero no invariablemente, en los años preescolares, de retrasos en la atención, el lenguaje o las habilidades motoras que pueden persistir y coexistir con el trastorno específico del aprendizaje.

Las personas con un trastorno específico del aprendizaje suelen (pero no invariablemente) exhibir un desempeño deficiente en las pruebas psicológicas de procesamiento cognitivo. Sin embargo, aún no está claro si estas anomalías cognitivas son la causa, el correlato o la consecuencia de las dificultades de aprendizaje. Los déficits cognitivos asociados con las dificultades para aprender a leer palabras están bien documentados, y existe una creciente comprensión de los déficits cognitivos asociados con la dificultad para adquirir habilidades matemáticas, pero los déficits cognitivos asociados con otras manifestaciones de trastornos específicos del aprendizaje (p. ej., comprensión lectora, expresión escrita) están poco especificados.

Aunque los déficits cognitivos individuales contribuyen particularmente a cada síntoma específico del trastorno del aprendizaje, algunos déficits cognitivos se comparten entre diferentes subtipos específicos de trastornos del aprendizaje (p. ej., velocidad de procesamiento) y pueden contribuir a los síntomas concurrentes de un trastorno del aprendizaje específico. La naturaleza concurrente de los síntomas del trastorno específico del aprendizaje y los déficits cognitivos compartidos entre los subtipos específicos del trastorno del aprendizaje sugieren mecanismos biológicos subyacentes compartidos.

Por lo tanto, se descubre que los individuos con síntomas de comportamiento o puntuaciones de pruebas similares tienen una variedad

Machine Translated by Google

de déficits cognitivos, y muchos de estos déficits de procesamiento también se encuentran en otros trastornos del desarrollo neurológico (p. ej., trastorno por déficit de atención/hiperactividad [TDAH], trastorno del espectro autista, trastornos de la comunicación, trastorno del desarrollo de la coordinación).

Como grupo, los individuos con el trastorno muestran alteraciones circunscritas en el procesamiento cognitivo y en la estructura y función del cerebro. Las diferencias genéticas también son evidentes a nivel de grupo. Sin embargo, las pruebas cognitivas, las neuroimágenes o las pruebas genéticas no son útiles para el diagnóstico en este momento, y no se requiere la evaluación de los déficits del procesamiento cognitivo para el diagnóstico. evaluación.

Predominio

La prevalencia del trastorno específico del aprendizaje en los ámbitos académicos de lectura, escritura y matemáticas es del 5% al 15% entre los niños en edad escolar en Brasil, Irlanda del Norte y Estados Unidos. Se desconoce la prevalencia en adultos.

Desarrollo y curso

El inicio, el reconocimiento y el diagnóstico del trastorno específico del aprendizaje generalmente ocurren durante los años de la escuela primaria, cuando se requiere que los niños aprendan a leer, deletrear, escribir y aprender matemáticas. Sin embargo, precursores como retrasos o déficits en el lenguaje, dificultades para rimar o contar, o dificultades con las habilidades motoras finas necesarias para escribir suelen ocurrir en la primera infancia, antes del inicio de la escolarización formal.

Las manifestaciones pueden ser conductuales (p. ej., renuencia a participar en el aprendizaje; comportamiento de oposición). El trastorno específico del aprendizaje dura toda la vida, pero el curso y la expresión clínica son variables, dependiendo en parte de las interacciones entre las demandas de la tarea del entorno, el alcance y la gravedad de las dificultades de aprendizaje del individuo, las capacidades de aprendizaje del individuo, la comorbilidad y el apoyo disponible. sistemas e intervención. No obstante, los problemas con la fluidez y comprensión lectora, la ortografía, la expresión escrita y las habilidades numéricas en la vida cotidiana suelen persistir hasta la edad adulta.

Los cambios en la manifestación de los síntomas ocurren con la edad, de modo que un individuo puede tener una variedad persistente o cambiante de dificultades de aprendizaje a lo largo de la vida. Los adultos con trastorno específico del aprendizaje parecen experimentar limitaciones y restricciones en la actividad y participación en los ámbitos de la comunicación, las interacciones interpersonales y la vida comunitaria, social y cívica.

Ejemplos de síntomas que se pueden observar entre los niños en edad preescolar incluyen la falta de interés en jugar juegos con sonidos del lenguaje (p. ej., repetición, rima) y pueden tener problemas para aprender canciones infantiles. Los niños en edad preescolar con un trastorno específico del aprendizaje pueden utilizar con frecuencia lenguaje infantil, pronunciar mal palabras y tener problemas para recordar nombres de letras, números o días de la semana. Es posible que no reconozcan las letras de sus propios nombres y tengan problemas para aprender a contar. Los niños en edad de jardín de infantes con un trastorno específico del aprendizaje pueden no ser capaces de reconocer y escribir letras, pueden no ser capaces de escribir sus propios nombres o pueden tener un uso persistente de la ortografía inventada más allá de los períodos de tiempo típicos de su desarrollo.

Es posible que tengan problemas para dividir las palabras habladas en sílabas (p. ej., “vaquero” en “vaca” y “niño”) y problemas para reconocer palabras que riman (p. ej., gato, murciélago, sombrero). Los niños en edad de jardín de infantes también pueden tener problemas para conectar letras con sus sonidos (p. ej., la letra b produce el sonido /b/) y pueden ser incapaces de reconocer fonemas (p. ej., no sé cuál en un conjunto de palabras [p. ej., perro, hombre , car] comienza con el mismo sonido que “cat”).

Machine Translated by Google

El trastorno específico del aprendizaje en niños en edad de escuela primaria generalmente se manifiesta como una marcada dificultad para aprender la correspondencia entre letras y sonidos (particularmente en niños de habla inglesa),

decodificación fluida de palabras, ortografía o operaciones matemáticas; leer en voz alta es lento, inexacto y requiere esfuerzo, y algunos niños tienen dificultades para comprender la magnitud que representa un número hablado o escrito. Los niños en los grados primarios (grados 1 a 3) pueden continuar teniendo problemas para reconocer y manipular fonemas, ser incapaces de leer palabras comunes de una sílaba (como mat o top) y ser incapaces de reconocer palabras comunes escritas de manera irregular (p. ej., dijo, dos). Pueden cometer errores de lectura que indiquen problemas para conectar sonidos y letras (p. ej., “grande” en lugar de “tengo”) y tener dificultades para secuenciar números y letras. Los niños en los grados 1 a 3 también pueden tener dificultades para recordar operaciones numéricas o procedimientos aritméticos para sumar, restar, etc., y pueden quejarse de que la lectura o la aritmética son difíciles y evitan hacerlo. Los niños con trastorno específico del aprendizaje en los grados intermedios (grados 4 a 6) pueden pronunciar mal o saltarse partes de palabras largas y multisílabas (p. ej., decir “conible” por “convertible”, “aminal” por “animal”) y confundir palabras que suenan por igual (p. ej., “tornado” por “volcán”). Es posible que tengan problemas para recordar fechas, nombres y números de teléfono y que tengan problemas para completar las tareas o los exámenes a tiempo. Los niños de grados medios también pueden tener mala comprensión con o sin lectura lenta, esforzada e imprecisa, y pueden tener problemas para leer palabras funcionales pequeñas (p. ej., that, the, an, in). Es posible que tengan muy mala ortografía y un trabajo escrito deficiente. Es posible que entiendan correctamente la primera parte de una palabra y luego adivinen de forma descabellada (p. ej., lean “trébol” como “reloj”) y pueden expresar miedo a leer en voz alta o negarse a leer en voz alta.

Por el contrario, los adolescentes pueden haber dominado la decodificación de palabras, pero la lectura sigue siendo lenta y requiere esfuerzo, y es probable que muestren problemas marcados en la comprensión lectora y la expresión escrita (incluida mala ortografía) y un dominio deficiente de las operaciones matemáticas o de la resolución de problemas matemáticos. Durante la adolescencia y la edad adulta, las personas con un trastorno específico del aprendizaje pueden continuar cometiendo numerosos errores de ortografía y leer palabras sueltas y textos conectados lentamente y con mucho esfuerzo, con problemas para pronunciar palabras de varias sílabas. Es posible que con frecuencia necesiten volver a leer el material para comprender o captar el punto principal y tengan problemas para hacer inferencias a partir del texto escrito. Los adolescentes y adultos pueden evitar actividades que exijan lectura o aritmética (lectura por placer, lectura de instrucciones). Los adultos con trastorno específico del aprendizaje tienen problemas continuos de ortografía, lectura lenta y con esfuerzo, o problemas para hacer inferencias importantes a partir de información numérica en documentos escritos relacionados con el trabajo. Es posible que eviten tanto las actividades de ocio como las relacionadas con el trabajo que exigen leer o escribir o utilizar enfoques alternativos para acceder a la forma impresa (por ejemplo, software de conversión de texto a voz/voz a texto, audiolibros, medios audiovisuales).

Una expresión clínica alternativa es la de dificultades de aprendizaje circunscritas que persisten a lo largo de la vida, como la incapacidad para dominar el sentido básico de los números (p. ej., saber cuál de un par de números o puntos representa la magnitud mayor) o la falta de competencia. en la identificación de palabras o en la ortografía. La evitación o la renuencia a participar en actividades que requieren habilidades académicas es común en niños, adolescentes y adultos. Las personas con malas habilidades de lectura y matemáticas tienen más probabilidades de reportar angustia socioemocional (p. ej., tristeza, soledad) a medida que avanzan en los grados de primaria.

Los episodios de ansiedad grave o trastornos de ansiedad, incluidas quejas somáticas o ataques de pánico, son comunes a lo largo de la vida y acompañan tanto al período circunscrito como al más amplio.

Machine Translated by Google

expresión de dificultades de aprendizaje.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Los factores ambientales, incluidas las condiciones socioeconómicas (p. ej., nivel socioeconómico bajo) y la exposición a neurotóxicos, aumentan el riesgo de sufrir un trastorno específico del aprendizaje o dificultades en lectura y matemáticas. Los riesgos de un trastorno específico del aprendizaje o dificultades en lectura y matemáticas incluyen la exposición prenatal o temprana a cualquiera de los siguientes: contaminación del aire, nicotina, éteres de difenilo polibromados o bifenilos policlorados (retardantes de llama), plomo o manganeso.

Genético y fisiológico. El trastorno específico del aprendizaje parece agregarse en las familias, particularmente cuando afecta la lectura, las matemáticas y la ortografía. El riesgo relativo de

El trastorno del aprendizaje en lectura o matemáticas es sustancialmente mayor (p. ej., de 4 a 8 veces y de 5 a 10 veces mayor, respectivamente) en familiares de primer grado de personas con estas dificultades de aprendizaje en comparación con aquellos que no las tienen. En particular, las tasas varían según el método de verificación (prueba objetiva o autoinforme) del estado diagnóstico de los padres. Los antecedentes familiares de dificultades de lectura (dislexia) y las habilidades de alfabetización de los padres predicen problemas de alfabetización o trastornos específicos del aprendizaje en los hijos, lo que indica el papel combinado de factores genéticos y ambientales.

Existe una alta heredabilidad tanto para la capacidad lectora como para la discapacidad lectora en lenguas alfabéticas y no alfabéticas, incluida una alta heredabilidad para la mayoría de las manifestaciones de habilidades y discapacidades de aprendizaje (p. ej., valores estimados de heredabilidad superiores a 0,6). La covariación entre diversas manifestaciones de dificultades de aprendizaje es alta, lo que sugiere que los genes relacionados con una presentación están altamente correlacionados con genes relacionados con otra manifestación.

El parto prematuro o el peso muy bajo al nacer suponen un riesgo de sufrir un trastorno específico del aprendizaje. En personas con neurofibromatosis tipo 1, el riesgo de sufrir un trastorno específico del aprendizaje es alto, y hasta el 75% de las personas presentan un trastorno del aprendizaje.

Modificadores de curso. Los problemas marcados con conductas de falta de atención, internalización y externalización en los años preescolares predicen dificultades posteriores en lectura y matemáticas (pero no necesariamente un trastorno de aprendizaje específico) y falta de respuesta a intervenciones académicas efectivas. El deterioro del lenguaje en los años preescolares está fuertemente asociado con un deterioro posterior en la lectura (p. ej., lectura de palabras, comprensión lectora). Por ejemplo, el retraso o los trastornos en el habla o el lenguaje, o el deterioro del procesamiento cognitivo (p. ej., conciencia fonológica, memoria de trabajo, denominación rápida en serie), pueden predecir un trastorno de aprendizaje específico posterior en la lectura y la expresión escrita.
Además, un diagnóstico de TDAH en la infancia se asocia con un bajo rendimiento en lectura y matemáticas en la edad adulta. La comorbilidad con TDAH predice un peor resultado de salud mental que el asociado con un trastorno de aprendizaje específico sin TDAH. La instrucción sistemática, intensiva e individualizada, que utiliza intervenciones basadas en evidencia, puede mejorar o atenuar las dificultades de aprendizaje en algunos individuos o promover el uso de estrategias compensatorias en otros, mitigando así los resultados que de otro modo serían malos.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

El trastorno específico del aprendizaje ocurre en distintos entornos lingüísticos y etnoraciales y en diferentes

Machine Translated by Google

contextos culturales y socioeconómicos, pero puede variar en su manifestación según la naturaleza de los sistemas de símbolos hablados y escritos y las prácticas culturales y educativas. Por ejemplo, los requisitos de procesamiento cognitivo para leer y trabajar con números varían mucho entre ortografías. En el idioma inglés, el síntoma clínico característico observable de las dificultades para aprender a leer es la lectura lenta e inexacta de palabras sueltas; en otros idiomas alfabéticos que tienen una correspondencia más directa entre sonidos y letras (p. ej., español, alemán) y en idiomas no alfabéticos (p. ej., chino, japonés), la característica distintiva es la lectura lenta pero precisa. En los estudiantes de idioma inglés, la evaluación debe incluir la consideración de si la fuente de las dificultades de lectura es un dominio limitado del inglés o un trastorno de aprendizaje específico.

Los factores de riesgo del trastorno específico del aprendizaje en estudiantes de inglés incluyen antecedentes familiares de trastorno específico del aprendizaje o retraso del lenguaje en la lengua materna, así como dificultades de aprendizaje y déficits en la memoria fonológica en inglés y la imposibilidad de alcanzar a sus compañeros. Si existe sospecha de diferencias culturales o de idioma (por ejemplo, que un estudiante de inglés está influenciado por un dominio limitado del inglés), la evaluación debe tener en cuenta el dominio del idioma del individuo en su primera lengua o lengua materna, así como en la lengua materna. segundo idioma (en este ejemplo, inglés). Es importante destacar que los niños que hablan en casa un idioma que difiere fonológicamente del idioma de instrucción académica no tienen más probabilidades de tener déficits fonológicos que sus compañeros que hablan el mismo idioma en casa y en la escuela.

Las dificultades comórbidas de lectura pueden variar según los diferentes idiomas; por ejemplo, las dificultades de lectura son menos frecuentes entre los niños lectores chinos con trastorno de coordinación del desarrollo en Taiwán en comparación

con niños en países de habla inglesa, posiblemente debido a las características de los dos idiomas escritos (logográfico versus alfabético). Las consideraciones en la evaluación pueden incluir el contexto lingüístico y cultural en el que vive el individuo, así como su historia educativa y de aprendizaje en el contexto lingüístico y cultural original. Los factores de riesgo de problemas de aprendizaje entre niños refugiados y migrantes incluyen estereotipos y bajas expectativas de los docentes, intimidación, discriminación étnica y racial, malentendidos de los padres sobre los estilos y expectativas educativos, traumas y factores estresantes posteriores a la migración.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

El trastorno específico del aprendizaje es más común en hombres que en mujeres (las proporciones oscilan entre aproximadamente 2:1 y 3:1) y no puede atribuirse a factores tales como sesgo de verificación, variación de definiciones o mediciones, lenguaje, origen étnico racial o estatus socioeconómico. Las diferencias de sexo en la dislexia (trastorno específico del aprendizaje con deterioro de la lectura) pueden estar mediadas parcialmente por la velocidad de procesamiento.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

En adolescentes estadounidenses de 15 años de edad que asistían a escuelas públicas, la mala capacidad de lectura se asoció con pensamientos y conductas suicidas en comparación con adolescentes con puntuaciones de lectura típicas, incluso cuando se controlaban variables sociodemográficas y psiquiátricas. En un estudio poblacional de adultos en Canadá, la prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida entre aquellos con un trastorno específico del aprendizaje fue mayor que entre aquellos sin un trastorno específico del aprendizaje, incluso después de

Machine Translated by Google

ajuste para adversidades infantiles, antecedentes de enfermedades mentales y uso de sustancias, y factores sociodemográficos. Entre aquellos con un trastorno de aprendizaje específico, un historial de presencia crónica de violencia doméstica parental y haber tenido alguna vez un trastorno depresivo mayor se asociaron con un mayor riesgo de conducta suicida.

Consecuencias funcionales del trastorno específico del aprendizaje El trastorno específico del aprendizaje puede tener consecuencias funcionales negativas a lo largo de la vida, incluido un menor rendimiento académico, mayores tasas de abandono de la escuela secundaria, menores tasas de educación postsecundaria, altos niveles de angustia psicológica y una peor salud mental en general, mayores tasas de desempleo y subempleo, y menores ingresos. El abandono escolar y los síntomas depresivos concurrentes aumentan el riesgo de malos resultados de salud mental, incluidos pensamientos o comportamientos suicidas, mientras que los altos niveles de apoyo social o emocional predicen mejores resultados de salud mental.

Diagnóstico diferencial

Variaciones normales en el rendimiento académico. El trastorno específico del aprendizaje se distingue de las variaciones normales en el rendimiento académico atribuibles a factores externos (p. ej., falta de oportunidades educativas, instrucción consistentemente deficiente, aprendizaje en una segunda lengua), porque las dificultades de aprendizaje persisten en presencia de oportunidades educativas adecuadas y exposición a la la misma instrucción que el grupo de pares, y competencia en el idioma de instrucción, incluso cuando sea diferente del idioma hablado principal.

Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual). El trastorno específico del aprendizaje difiere de las dificultades generales de aprendizaje asociadas con el trastorno del desarrollo intelectual porque las dificultades de aprendizaje ocurren en presencia de niveles normales de funcionamiento intelectual (es decir, puntuación de CI de al menos 70 ± 5). Si hay un trastorno del desarrollo intelectual, el trastorno específico del aprendizaje sólo puede diagnosticarse cuando las dificultades de aprendizaje exceden las asociadas habitualmente con el trastorno del desarrollo intelectual.

Dificultades de aprendizaje debido a trastornos neurológicos o sensoriales. Aprendizaje específico trastorno es distinguido de dificultades de aprendizaje debidas a trastornos neurológicos o sensoriales.

(p. ej., accidente cerebrovascular pediátrico, lesión cerebral traumática, discapacidad auditiva, discapacidad visual), porque en estos casos hay hallazgos anormales en el examen neurológico.

Trastornos neurocognitivos. El trastorno específico del aprendizaje se distingue de los problemas de aprendizaje asociados con los trastornos cognitivos neurodegenerativos. En el trastorno específico del aprendizaje, la expresión clínica de dificultades específicas de aprendizaje ocurre durante el período de desarrollo, que a veces sólo se hace evidente cuando las demandas de aprendizaje han aumentado y exceden las capacidades limitadas del individuo (como puede ocurrir en la edad adulta), y las dificultades no se manifiestan como una marcado declive de un estado anterior.

Desorden hiperactivo y deficit de atencion. El trastorno específico del aprendizaje se distingue del bajo rendimiento académico asociado con el TDAH porque en esta última condición los problemas no necesariamente reflejan dificultades específicas en el aprendizaje de habilidades académicas, sino que pueden reflejar dificultades en el desempeño de esas habilidades. Sin embargo, la coexistencia de un trastorno específico del aprendizaje

Machine Translated by Google

y el TDAH es más frecuente de lo esperado por casualidad. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, se pueden dar ambos diagnósticos.

Desórdenes psicóticos. El trastorno específico del aprendizaje se distingue de las dificultades de procesamiento cognitivo asociadas con la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos porque en estos trastornos hay una disminución (a menudo rápida) en estos dominios funcionales. Sin embargo, los déficits en la capacidad de lectura son más graves en el trastorno específico del aprendizaje de lo que se podría predecir por los deterioros cognitivos generales asociados con la esquizofrenia. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, se pueden dar ambos diagnósticos.

Comorbilidad Los

diferentes tipos de trastorno específico del aprendizaje comúnmente coexisten entre sí (p. ej., trastorno específico del aprendizaje con deterioro en matemáticas y con deterioro en lectura) y con otros trastornos del desarrollo neurológico (p. ej., TDAH, trastornos de la comunicación, trastorno de la coordinación del desarrollo, espectro autista). trastorno) u otros trastornos mentales (p. ej., trastornos de ansiedad y depresivos) o problemas de conducta. En particular, las estimaciones de la comorbilidad de las dificultades en matemáticas y lectura varían según las pruebas utilizadas para definir la dificultad en matemáticas, probablemente porque el mismo síntoma (p. ej., problemas aritméticos) puede asociarse con diferentes déficits cognitivos (p. ej., un déficit en las habilidades lingüísticas o un déficit en el procesamiento de números). Estas comorbilidades no excluyen necesariamente el diagnóstico de un trastorno del aprendizaje específico, pero pueden dificultar las pruebas y el diagnóstico diferencial, porque cada uno de los trastornos concurrentes interfiere de forma independiente con la ejecución de las actividades de la vida diaria, incluido el aprendizaje. Por tanto, se requiere juicio clínico para atribuir tal deterioro a dificultades de aprendizaje. Si hay indicios de que otro diagnóstico podría explicar las dificultades en el aprendizaje de habilidades académicas clave descritas en el Criterio A, no se debe diagnosticar un trastorno de aprendizaje específico.

Trastornos motores

Trastorno del desarrollo de la coordinación

Criterios de diagnóstico	F82

R. La adquisición y ejecución de habilidades motoras coordinadas está sustancialmente por debajo de lo esperado dada la edad cronológica del individuo y la oportunidad de aprender y usar habilidades. Las dificultades se manifiestan como torpeza (p. ej., caerse o chocar contra

objetos), así como lentitud e inexactitud en el desempeño de habilidades motoras (p. ej., atrapar un objeto, usar tijeras o cubiertos, escribir a mano, andar en bicicleta o participar en deportes).

Machine Translated by Google

B. El déficit de habilidades motoras en el Criterio A interfiere significativa y persistentemente con las actividades de la vida diaria apropiadas para la edad cronológica (p. ej., autocuidado y automantenimiento) e impacta la productividad académica/escolar, las actividades prevocacionales y vocacionales, el ocio y el juego.

C. La aparición de los síntomas se produce en el período temprano del desarrollo.

D. Los déficits de habilidades motoras no se explican mejor por un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) o una discapacidad visual y no son atribuibles a una condición neurológica que afecte el movimiento (p. ej., parálisis cerebral, distrofia muscular, trastorno degenerativo).

Características diagnósticas El

diagnóstico del trastorno de la coordinación del desarrollo se realiza mediante una síntesis clínica de la historia (médica y de desarrollo), el examen físico, el informe escolar o laboral y la evaluación individual utilizando pruebas estandarizadas psicométricamente sólidas y culturalmente apropiadas. La manifestación de habilidades deterioradas que requieren coordinación motora (Criterio A) varía con la edad. Los niños pequeños pueden tener retrasos en el logro de los hitos motores (es decir, sentarse, gatear, caminar), aunque muchos alcanzan los hitos motores típicos. También pueden tener retrasos en el desarrollo de habilidades como subir escaleras, pedalear, abotonarse camisas, completar rompecabezas y usar cremalleras. Incluso cuando se logra la habilidad, la ejecución del movimiento puede parecer torpe, lenta o menos precisa que la de sus compañeros. Los niños mayores y los adultos pueden mostrar baja velocidad o inexactitud en los aspectos motores de actividades como armar rompecabezas, construir modelos, jugar juegos de pelota (especialmente en equipos), escribir a mano, mecanografiar, conducir o realizar habilidades de cuidado personal.

El trastorno de coordinación del desarrollo se diagnostica sólo si el deterioro de las habilidades motoras interfiere significativamente con la realización o participación en las actividades diarias de la vida familiar, social, escolar o comunitaria (Criterio B). Ejemplos de tales actividades incluyen vestirse, comer con utensilios apropiados para su edad y sin ensuciar, participar en juegos físicos con otros, usar herramientas específicas en clase, como reglas y tijeras, y participar en actividades de ejercicios en equipo en la escuela. No sólo se ve afectada la capacidad para realizar estas acciones, sino que también es común una marcada lentitud en la ejecución. La competencia de escritura a mano se ve frecuentemente afectada, lo que en consecuencia afecta la legibilidad y/o la velocidad de la producción escrita y afecta el rendimiento académico (el impacto se distingue de la dificultad específica de aprendizaje por el énfasis en el componente motor de las habilidades de producción escrita). En los adultos, las habilidades cotidianas en la educación y el trabajo, especialmente aquellas en las que se requiere velocidad y precisión, se ven afectadas por problemas de coordinación.

El criterio C establece que la aparición de los síntomas del trastorno de coordinación del desarrollo debe ocurrir en el período temprano del desarrollo. Sin embargo, el trastorno del desarrollo de la coordinación no suele diagnosticarse antes de los 5 años porque hay una variación considerable en la edad de adquisición de muchas habilidades motoras o una falta de estabilidad en las mediciones en la primera infancia (p. ej., algunos niños se ponen al día) o porque otras causas de Es posible que el retraso motor no se haya manifestado por completo.

El criterio D especifica que el diagnóstico de trastorno del desarrollo de la coordinación se realiza si las dificultades de coordinación no se explican mejor por una discapacidad visual o son atribuibles a una afección neurológica. Por tanto, la evaluación diagnóstica debe incluir el examen de la función visual y el examen neurológico. Si el trastorno del desarrollo intelectual (intelectual

Machine Translated by Google

discapacidad) está presente, las dificultades motoras exceden las esperadas para la edad mental; sin embargo, no se especifica ningún límite de CI ni criterio de discrepancia.

El trastorno de la coordinación del desarrollo no tiene subtipos diferenciados; sin embargo, los individuos pueden tener deficiencias predominantes en las habilidades motoras gruesas o finas, incluidas las habilidades de escritura a mano.

Otros términos utilizados para describir el trastorno de coordinación del desarrollo incluyen infancia dispraxia, trastorno específico del desarrollo de la función motora y síndrome del niño torpe.

Funciones asociadas

Algunos niños con trastorno del desarrollo de la coordinación muestran actividad motora adicional (generalmente suprimida), como movimientos coreiformes de extremidades sin apoyo o movimientos en espejo. Estos movimientos de "desbordamiento" se denominan inmadurez del desarrollo neurológico o signos neurológicos suaves en lugar de anomalías neurológicas. Tanto en la literatura actual como en la práctica clínica, su papel en el diagnóstico aún no está claro y requiere una evaluación adicional.

Predominio

La prevalencia del trastorno de coordinación del desarrollo en niños de 5 a 11 años oscila entre el 5% y el 8% a nivel internacional (en el Reino Unido, al 1,8% de los niños de 7 años se les diagnostica un trastorno de coordinación del desarrollo grave y al 3% con probable trastorno de coordinación del desarrollo). trastorno); y entre el 7% y el 8% en Canadá, Suecia y Taiwán. Los hombres se ven afectados con mayor frecuencia que las mujeres, con una proporción hombre:mujer entre 2:1 y 7:1.

Desarrollo y evolución

El curso del trastorno de la coordinación del desarrollo es variable pero estable al menos durante 1 año y 2 años de seguimiento. Aunque puede haber mejoras a largo plazo, los problemas con los movimientos coordinados continúan durante la adolescencia en aproximadamente entre el 50% y el 70% de los niños.

El inicio es en la primera infancia. Los primeros signos pueden ser un retraso en los hitos motores, o el trastorno se reconoce por primera vez cuando el niño intenta tareas como sostener un cuchillo y un tenedor, abotonarse la ropa o jugar juegos de pelota. En la niñez media, hay dificultades con los aspectos motores de armar rompecabezas, construir modelos, jugar a la pelota y escribir a mano, así como con la organización de pertenencias, cuando se requiere secuenciación motora y coordinación. En la edad adulta temprana, existe una dificultad continua para aprender nuevas tareas que involucran habilidades motoras complejas/automáticas, incluida la conducción y el uso de herramientas. La incapacidad para tomar notas y escribir a mano rápidamente puede afectar el desempeño en el lugar de trabajo. La coexistencia con otros trastornos (consulte la sección "Comorbilidad" para este trastorno) tiene un impacto adicional en la presentación, el curso y el resultado.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El trastorno de coordinación del desarrollo se asocia con prematuridad y bajo nacimiento. peso y con exposición prenatal al alcohol.

Genético y fisiológico. Se han encontrado deficiencias en los procesos subyacentes del neurodesarrollo en las habilidades visomotoras, incluida tanto la percepción visomotora como la mentalización espacial. Disfunción cerebelosa, que afecta la capacidad de realizar ajustes motores rápidos a medida que

Machine Translated by Google

También puede estar implicado un aumento de la complejidad de los movimientos necesarios. Sin embargo, la base neuronal precisa del trastorno de coordinación del desarrollo sigue sin estar clara. Debido a la coexistencia del trastorno de coordinación del desarrollo con otros trastornos del desarrollo neurológico, incluido el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), discapacidades específicas del aprendizaje y trastorno del espectro autista, se ha propuesto un efecto genético compartido. Sin embargo, la coexistencia constante en gemelos aparece sólo en casos graves.

Modificadores de curso. Las personas con TDAH y con trastorno de coordinación del desarrollo demuestran más deterioro que las personas con TDAH sin trastorno de coordinación del desarrollo.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

El trastorno de coordinación del desarrollo ocurre en contextos culturales, etnoraciales y socioeconómicos. Al mismo tiempo, se han informado variaciones culturales en el desarrollo motor (tanto acelerado como retrasado en relación con las normas estadounidenses). Estos parecen estar asociados con prácticas de cuidado relacionadas con expectativas de movilidad independiente durante el desarrollo, oportunidades inadecuadas de movilidad entre niños en pobreza severa y diferencias en la metodología de medición. Por definición, “actividades de la vida diaria” implica diferencias culturales

lo que requiere considerar el contexto en el que vive cada niño, así como si el niño ha tenido oportunidades apropiadas para aprender y practicar tales actividades. La mayor prevalencia del trastorno de coordinación del desarrollo en estudios de niños de algunos países de ingresos bajos y medios puede reflejar el impacto de la desventaja socioeconómica en el desarrollo motor.

Consecuencias funcionales del trastorno de la coordinación del desarrollo

El trastorno de la coordinación del desarrollo conduce a un deterioro del desempeño funcional en las actividades de la vida diaria (Criterio B), y el deterioro aumenta con condiciones concurrentes.

Las consecuencias del trastorno de coordinación del desarrollo incluyen una participación reducida en juegos y deportes en equipo; baja autoestima y sentido de autoestima; problemas emocionales o de conducta; rendimiento académico deteriorado; mala condición física; reducción de la actividad física y obesidad; y mala calidad de vida relacionada con la salud.

Diagnóstico diferencial

Deficiencias motoras debido a otra afección médica. Los problemas de coordinación pueden estar asociados con deterioro de la función visual y trastornos neurológicos específicos (p. ej., parálisis cerebral, lesiones progresivas del cerebelo, trastornos neuromusculares). En tales casos, existen hallazgos adicionales en el examen neurológico.

Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual). Si hay un trastorno del desarrollo intelectual, las competencias motoras pueden verse afectadas de acuerdo con la discapacidad intelectual.

Sin embargo, si las dificultades motoras exceden lo que podría explicarse por el trastorno del desarrollo intelectual y se cumplen los criterios para el trastorno de la coordinación del desarrollo, también se puede diagnosticar el trastorno de la coordinación del desarrollo.

Machine Translated by Google

Desorden hiperactivo y deficit de atencion. Las personas con TDAH pueden caerse, chocar con objetos o derribar cosas. Se requiere una observación cuidadosa en diferentes contextos para determinar si la falta de competencia motora es atribuible a la distracción y la impulsividad en lugar de a un trastorno del desarrollo de la coordinación. Si se cumplen los criterios tanto para el TDAH como para el trastorno de coordinación del desarrollo, se pueden dar ambos diagnósticos.

Desorden del espectro autista. Las personas con trastorno del espectro autista pueden no estar interesadas en participar en tareas que requieren habilidades de coordinación complejas, como los deportes de pelota, que afectarán el rendimiento y la función de la prueba, pero no reflejarán la competencia motora básica. Es común la coexistencia de un trastorno de la coordinación del desarrollo y un trastorno del espectro autista. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, se pueden dar ambos diagnósticos.

Síndrome de hipermovilidad articular. Las personas con síndromes que causan articulaciones hiperextensibles (que se encuentran en el examen físico; a menudo con quejas de dolor) pueden presentar síntomas similares a los del trastorno de coordinación del desarrollo.

Los trastornos de comorbilidad que comúnmente coexisten con el trastorno de coordinación del desarrollo incluyen trastornos de la comunicación; trastorno específico del aprendizaje (especialmente lectura y escritura); problemas de falta de atención, incluido el TDAH (la condición coexistente más frecuente, con alrededor del 50% de coexistencia); desorden del espectro autista; problemas de conducta disruptiva y emocional; y síndrome de hipermovilidad articular. Pueden estar presentes diferentes grupos de concurrencia (p. ej., un grupo con trastornos graves de lectura, problemas de motricidad fina y problemas de escritura; otro grupo con problemas de control del movimiento y planificación motora). La presencia de otros trastornos no excluye el trastorno de coordinación del desarrollo, pero puede dificultar las pruebas y puede interferir de forma independiente con la ejecución de las actividades de la vida diaria, lo que requiere el juicio del examinador al atribuir el deterioro a las habilidades motoras.

Trastorno del movimiento estereotipado

Criterios de diagnóstico F98.4

A. Comportamiento motor repetitivo, aparentemente motivado y aparentemente sin propósito (p. ej., agitar o agitar la mano, balancear el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse, golpearse el propio cuerpo).

B. El comportamiento motor repetitivo interfiere con actividades sociales, académicas o de otro tipo. y puede provocar autolesiones.

C. El inicio se produce en el período temprano del desarrollo.

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

Machine Translated by Google

Especificar

si: Con conducta autolesiva (o conducta que resultaría en una lesión si no se utilizaran medidas preventivas)

Sin conducta autolesiva Especifique si:

Está

asociado con una afección genética u otra condición médica conocida, un trastorno del desarrollo neurológico o un factor ambiental (p. ej., síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual], exposición intrauterina al alcohol)

Nota de codificación: utilice código adicional para identificar la condición genética u otra condición médica, el trastorno del desarrollo neurológico o el factor ambiental asociado.

Especifique la gravedad actual:

Leve: los síntomas se suprimen fácilmente mediante estímulos sensoriales o distracciones.

Moderado: los síntomas requieren medidas de protección explícitas y modificación del comportamiento.

Grave: Se requiere vigilancia continua y medidas de protección para evitar lesiones graves.

Procedimientos de registro Para el

trastorno de movimientos estereotipados asociado con una afección genética u otra afección médica, un trastorno del desarrollo neurológico o un factor ambiental conocido, registre el trastorno de movimientos estereotipados asociado con (nombre de la afección, trastorno o factor) (p. ej., trastorno de movimientos estereotipados asociado con Lesch -Síndrome de Nyhan).

Especificadores

La gravedad de los movimientos estereotipados no autolesivos varía desde presentaciones leves que se suprimen fácilmente mediante un estímulo sensorial o una distracción hasta movimientos continuos que interfieren notablemente con todas las actividades de la vida diaria. Las conductas autolesivas varían en severidad a lo largo de varias dimensiones, incluida la frecuencia, el impacto en el funcionamiento adaptativo y la gravedad de las lesiones corporales (desde hematomas leves o eritema por golpear la mano contra el cuerpo, hasta laceraciones o amputación de dedos, hasta desprendimiento de retina por golpearse la cabeza).).

Características diagnósticas La

característica esencial del trastorno de movimientos estereotipados es una conducta motora repetitiva, aparentemente motivada y aparentemente sin propósito (Criterio A). Estos comportamientos son a menudo movimientos rítmicos de la cabeza, las manos o el cuerpo sin una función adaptativa obvia. Los movimientos pueden o no responder a los esfuerzos por detenerlos. Entre los niños con un desarrollo típico, los movimientos repetitivos generalmente se pueden detener cuando se les dirige la atención.

o cuando el niño se distrae de realizarlas. Entre los niños con problemas de neurodesarrollo

Machine Translated by Google

Tras estos trastornos, las conductas suelen responder menos a tales esfuerzos. En otros casos, el individuo demuestra conductas de autocontrol (p. ej., sentarse sobre las manos, envolver los brazos en ropa, encontrar un dispositivo de protección).

El repertorio de conductas es variable; cada individuo presenta su propio comportamiento "característico" con un patrón individual. Ejemplos de movimientos estereotipados no autolesivos incluyen, entre otros, balanceo del cuerpo, movimientos bilaterales de aleteo o rotación de las manos, chasquidos o aleteos de los dedos delante de la cara, agitación o aleteo de los brazos y asentimientos con la cabeza; El estiramiento de la boca se observa comúnmente en asociación con los movimientos de las extremidades superiores.
Las conductas autolesivas estereotipadas incluyen, entre otras, golpes repetitivos en la cabeza, bofetadas, hurgarse los ojos y morderse las manos, los labios u otras partes del cuerpo. Hurgarse los ojos es particularmente preocupante; Ocurre con mayor frecuencia entre niños con discapacidad visual. Se pueden combinar múltiples movimientos (p. ej., ladear la cabeza, balancear el torso, agitar una pequeña cuerda repetidamente frente a la cara).

Los movimientos estereotipados pueden ocurrir muchas veces durante el día y duran desde unos segundos hasta varios minutos o más. La frecuencia puede variar desde muchas ocurrencias en un solo día hasta varias semanas entre episodios. Los comportamientos varían según el contexto y ocurren cuando el individuo está absorto en otras actividades, cuando está emocionado, estresado, fatigado o aburrido. El criterio A requiere que los movimientos sean "aparentemente" sin propósito. Sin embargo, los movimientos pueden cumplir algunas funciones. Por ejemplo, los movimientos estereotipados podrían reducir la ansiedad en respuesta a estímulos externos.
factores estresantes.

El criterio B requiere que los movimientos estereotipados interfieran con actividades sociales, académicas o de otro tipo y, en algunos niños, pueden provocar autolesiones (o lo harían si no se utilizaran medidas de protección). La presencia o ausencia de conducta autolesiva debe indicarse utilizando los especificadores "con conducta autolesiva" o "sin conducta autolesiva". El inicio de los movimientos estereotipados se produce en el período temprano del desarrollo (Criterio C). El criterio D requiere que el comportamiento repetitivo y estereotipado en el trastorno de movimientos estereotipados no sea atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o afección neurológica y no se explique mejor por otro trastorno mental o del neurodesarrollo. La presencia de movimientos estereotipados puede indicar un problema del desarrollo neurológico no detectado, especialmente en niños de 1 a 3 años.

Predominio

Los movimientos estereotipados simples (p. ej., mecerse) son comunes en niños pequeños con un desarrollo típico (p. ej., 5% a 19% en el Reino Unido y Estados Unidos). Los movimientos estereotipados complejos son mucho menos comunes (ocurren aproximadamente entre el 3% y el 4%). Entre el 4% y el 16% de las personas con trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) en muestras de países de altos ingresos se involucran en estereotipos y autolesiones. El riesgo es mayor en personas con trastorno grave del desarrollo intelectual. Entre las personas con trastorno del desarrollo intelectual que viven en instalaciones residenciales, entre el 10% y el 15% pueden tener un trastorno de movimientos estereotipados con autolesión. Los comportamientos e intereses repetitivos y restringidos pueden ser marcadores de riesgo para la aparición de autolesiones, agresión y destrucción en niños con trastorno grave del desarrollo intelectual.

Desarrollo y curso Los movimientos

estereotipados suelen comenzar dentro de los primeros 3 años de vida. estereotipo simple

Machine Translated by Google

Los movimientos son comunes en la infancia y pueden estar involucrados en la adquisición del dominio motor. En los niños que desarrollan estereotipias motoras complejas, aproximadamente el 80% presenta síntomas antes de los 24 meses, el 12% entre los 24 y los 35 meses y el 8% a los 36 meses o más. En la mayoría de los niños con un desarrollo típico, la gravedad y la frecuencia de los movimientos estereotipados disminuyen con el tiempo.
El inicio de estereotipias motoras complejas puede ocurrir en la infancia o más tarde en el período de desarrollo.
Entre individuos con desarrollo intelectual

trastorno, las conductas estereotipadas y autolesivas pueden persistir durante años, aunque la tipografía o el patrón de autolesión puedan cambiar.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El aislamiento social es un factor de riesgo para la autoestimulación que puede progresar a movimientos estereotipados con autolesiones repetitivas. El estrés ambiental también puede desencadenar comportamientos estereotipados. El miedo puede alterar el estado fisiológico, lo que resulta en una mayor frecuencia de conductas estereotipadas.

Genético y fisiológico. Se cree que el trastorno de movimientos estereotipados es algo hereditario debido a la alta frecuencia de casos que tienen antecedentes familiares positivos de estereotipias motoras.
Una reducción significativa en el volumen del putamen en niños con estereotipias sugiere que distintas vías cortical-estriatales asociadas con comportamientos habituales (es decir, circuitos premotores a putamen posterior) pueden ser el sitio anatómico subyacente en las estereotipias motoras complejas. Un funcionamiento cognitivo más bajo está relacionado con un mayor riesgo de conductas estereotipadas y una peor respuesta a las intervenciones. Los movimientos estereotipados son más frecuentes entre individuos con un trastorno del desarrollo intelectual de moderado a severo/profundo, quienes en virtud de un síndrome particular (p. ej., síndrome de Rett) o un factor ambiental (p. ej., un entorno con estimulación relativamente insuficiente) parecen tener un mayor nivel de estimulación. riesgo de estereotipias. La conducta autolesiva repetitiva puede ser un fenotipo conductual en los síndromes neurogenéticos. Por ejemplo, en el síndrome de Lesch-Nyhan hay movimientos distónicos estereotipados y automutilación de los dedos, morderse los labios y otras formas de autolesión a menos que el individuo esté sujeto, y en el síndrome de Rett y el síndrome de Cornelia de Lange, autolesiones. Las estereotipias del "mano a la boca" pueden provocar lesiones. Los comportamientos estereotipados también pueden ser el resultado de una afección médica dolorosa (p. ej., infección del oído medio, problemas dentales, reflujo gastroesofágico).

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Las conductas estereotipadas y repetitivas, con o sin autolesión, se manifiestan de diversas formas en muchas culturas. Las actitudes culturales hacia comportamientos inusuales pueden provocar un retraso en el diagnóstico. La tolerancia cultural general y las actitudes hacia los movimientos estereotipados varían y deben tenerse en cuenta.

Diagnóstico Diferencial

Desarrollo normal. Los movimientos estereotipados simples son comunes en la infancia y la primera infancia. El balanceo puede ocurrir en la transición del sueño a la vigilia, un comportamiento que generalmente se resuelve con la edad. Las estereotipias complejas son menos comunes en niños con un desarrollo típico y, por lo general, pueden suprimirse mediante distracción o estimulación sensorial. La rutina diaria del individuo rara vez se ve afectada,

Machine Translated by Google

y los movimientos generalmente no causan angustia al niño. El diagnóstico no sería apropiado en estas circunstancias.

Desorden del espectro autista. Los movimientos estereotipados pueden ser un síntoma de presentación del trastorno del espectro autista y deben considerarse cuando se evalúan movimientos y comportamientos repetitivos. Los déficits de comunicación social y reciprocidad que se manifiestan en el trastorno del espectro autista generalmente están ausentes en el trastorno de movimientos estereotipados y, por lo tanto, la interacción social, la comunicación social y los comportamientos e intereses rígidos y repetitivos son características distintivas. Cuando hay un trastorno del espectro autista, el trastorno de movimientos estereotipados se diagnostica sólo cuando hay autolesión o cuando las conductas estereotipadas son lo suficientemente graves como para convertirse en un foco de atención. tratamiento.

Trastornos de tics. Por lo general, las estereotipias tienen una edad de aparición más temprana (antes de los 3 años) que los tics, que tienen una edad media de aparición de 4 a 6 años. También son consistentes y fijos en su patrón o topografía en comparación con los tics, que son variables en su presentación.

Por lo general, su carácter cambia con el tiempo. Las estereotipias pueden afectar brazos, manos o todo el cuerpo, mientras que los tics comúnmente involucran ojos, cara, cabeza y hombros. Las estereotipias son más fijas, rítmicas y de duración prolongada que los tics, que, generalmente, son breves, rápidos, aleatorios y fluctuantes. Las estereotipias son egosintónicas (los niños las disfrutan) a diferencia de los tics, que suelen ser egodistónicos. Los tics aumentan y disminuyen en el lugar y el tiempo y están asociados únicamente con el impulso premonitorio (una sensación física que precede a muchos movimientos de tics). Los tics y los movimientos estereotipados se reducen con la distracción.

Trastornos obsesivo-compulsivos y afines. El trastorno de movimientos estereotipados se distingue del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) por la ausencia de obsesiones, así como por la naturaleza de las conductas repetitivas. En el TOC, el individuo se siente impulsado a realizar conductas repetitivas en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente, mientras que en el trastorno de movimientos estereotipados las conductas son aparentemente impulsadas pero aparentemente sin propósito.
La tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) y el trastorno de excoriación (hurgarse la piel) se caracterizan por conductas repetitivas centradas en el cuerpo (es decir, arrancarse el pelo y arrancarse la piel) que pueden ser aparentemente motivadas, pero que aparentemente no carecen de propósito y que pueden no seguir un patrón. o rítmico. Además, el inicio de la tricotilomanía y el trastorno de excoriación no suele ocurrir en el período temprano del desarrollo, sino alrededor de la pubertad o más tarde.

Otras condiciones neurológicas y médicas. El diagnóstico de movimientos estereotipados requiere la exclusión de hábitos, manierismos, discinesias paroxísticas y corea hereditaria benigna. Se requieren una historia y un examen neurológicos para evaluar características que sugieran otros trastornos, como mioclonías, distonía, tics y corea. Los movimientos involuntarios asociados con una condición neurológica se pueden distinguir por sus signos y síntomas. Por ejemplo, los movimientos repetitivos y estereotipados en la discinesia tardía pueden distinguirse por antecedentes de uso crónico de neurolépticos y discinesia oral o facial característica o movimientos irregulares del tronco o las extremidades. Este tipo de movimientos no provocan autolesiones. Las estereotipias son una manifestación común de una variedad de trastornos neurogenéticos, como el síndrome de Lesch-Nyhan, el síndrome de Rett, el síndrome del X frágil, el síndrome de Cornelia de Lange y el síndrome de Smith-Magenis. Para el trastorno de movimientos estereotipados asociado con una enfermedad genética u otra condición médica conocida.

Machine Translated by Google

afección, trastorno del desarrollo neurológico o factor ambiental, registre el trastorno de movimientos estereotipados asociado con (nombre de la afección, trastorno o factor) (p. ej., trastorno de movimientos estereotipados asociado con el síndrome de Lesch-Nyhan).

Conductas repetitivas inducidas por sustancias. Un diagnóstico de trastorno de movimientos estereotipados no es apropiado para rascarse o pellizcarse la piel de forma repetitiva asociado con la intoxicación o el abuso de anfetaminas. En tales casos, se aplicaría el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos.

Estereotipias funcionales (de conversión). Los movimientos estereotipados deben distinguirse de los movimientos funcionales (de conversión). El inicio repentino, la distracción, el patrón cambiante con mejoría o agravamiento inexplicable y la coexistencia de otros síntomas del trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión) son algunas de las características típicas que ayudan a identificar las estereotipias funcionales.

Comorbilidad Las comorbilidades comunes en niños con estereotipias motoras crónicas incluyen trastorno por déficit de atención con hiperactividad, problemas de coordinación motora, tics/trastorno de Tourette y ansiedad.

Trastornos de tics

Criterios de diagnóstico

Nota: Un tic es un movimiento o vocalización repentino, rápido, recurrente y no rítmico.

Trastorno de Tourette F95.2

R. En algún momento durante la enfermedad han estado presentes múltiples tics motores y uno o más vocales, aunque no necesariamente al mismo tiempo.

B. Los tics pueden aumentar y disminuir en frecuencia, pero han persistido durante más de 1 año. desde la aparición del primer tic.

C. El inicio es antes de los 18 años.

D. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posviral).

Trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos) F95.1

A. Se han presentado tics motores o vocales únicos o múltiples durante el enfermedad, pero no tanto motora como vocal.

B. Los tics pueden aumentar y disminuir en frecuencia, pero han persistido durante más de 1 año. desde la aparición del primer tic.

Machine Translated by Google

C. El inicio es antes de los 18 años.

D. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posviral).

E. Nunca se han cumplido los criterios para el trastorno de Tourette.

Especifique si:

Sólo con tics motores

Sólo con tics vocales

Trastorno de tics provisional F95.0

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

B. Los tics han estado presentes durante menos de 1 año desde la aparición del primer tic.

C. El inicio es antes de los 18 años.

D. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posviral).

E. Nunca se han cumplido los criterios para el trastorno de Tourette o la enfermedad motora persistente (crónica). o trastorno de tics vocales.

Especificadores

El especificador “solo tics motores” o “solo tics vocales” solo se requiere para el trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos).

Características diagnósticas

Los trastornos de tics comprenden cinco categorías diagnósticas: trastorno de Tourette, trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos), trastorno de tics provisional y otros trastornos de tics especificados y no especificados. El diagnóstico de cualquiera de los trastornos de tics específicos se basa en la presencia de tics motores y/o vocales (Criterio A), la duración de los tics (Criterio B), la edad de inicio (Criterio C) y la ausencia de cualquier causa conocida, como otra condición médica o uso de sustancias (Criterio D). Los diagnósticos de los trastornos de tics están en orden jerárquico (es decir, trastorno de Tourette, seguido de un trastorno de tics motor o vocal [crónico] persistente, seguido de un tic provisional).

trastorno de tics, seguido de los demás trastornos de tics especificados y no especificados). Una vez que se diagnostica un tic nervioso en un nivel de la jerarquía, no se puede realizar un diagnóstico de jerarquía inferior (Criterio E).

Los tics suelen ser vocalizaciones o movimientos motores repentinos, rápidos, recurrentes y no rítmicos. Algunos tics motores pueden ser movimientos de torsión o tensión más lentos que ocurren durante períodos de tiempo variables. Un individuo puede exhibir varios tics a lo largo del tiempo, pero, en cualquier momento, el repertorio de tics puede reaparecer de una manera característica. Aunque los tics pueden incluir casi cualquier grupo de músculos o vocalización, ciertos tics, como parpadear o aclararse la garganta, son comunes en todas partes.

Machine Translated by Google

poblaciones de pacientes. A menudo hay una sensación incómoda localizada (sensación premonitoria) antes de un tic, y la mayoría de las personas informan una "necesidad" de tener un tic. En consecuencia, los tics generalmente se experimentan como involuntarios, pero algunos tics pueden suprimirse voluntariamente durante períodos de tiempo variables.

La discusión explícita sobre los tics puede servir como desencadenante. Del mismo modo, observar un gesto o sonido en otra persona puede hacer que un individuo con un trastorno de tics haga un gesto o sonido similar, que otros pueden percibir incorrectamente como si tuviera un propósito. Esto puede ser particularmente problemático cuando el individuo interactúa con figuras de autoridad que no tienen una comprensión adecuada de los trastornos de tics (p. ej., maestros, supervisores, policía).

Los tics se clasifican clásicamente en simples o complejos. Los tics motores simples se caracterizan por la participación limitada de grupos de músculos específicos, a menudo son de corta duración y pueden incluir parpadeos, muecas faciales, encogimiento de hombros o extensión de las extremidades.
Los tics vocales simples incluyen carraspeo, resoplidos, chirridos, ladridos o gruñidos, a menudo causados por la contracción del diafragma o los músculos de la orofaringe. Los tics motores complejos son de mayor duración y a menudo incluyen una combinación de tics simples, como girar la cabeza y encoger los hombros simultáneamente. Los tics complejos pueden parecer intencionados, como gestos de la cabeza o movimientos del torso. También pueden incluir imitaciones de movimientos de otra persona (ecopraxia) o gestos sexuales o tabú (copropraxia). De manera similar, los tics vocales complejos tienen un significado lingüístico (palabras o palabras parciales) y pueden incluir la repetición de los propios sonidos o palabras (palilalia), la repetición de la última palabra o frase escuchada (ecolalia) o la pronunciación de palabras socialmente inaceptables, incluidas obscenidades o expresiones étnicas. insultos, raciales o religiosos (coprolalia). Es importante destacar que la coprolalia es un ladrido o gruñido abrupto y agudo y carece de la prosodia de un habla inapropiada similar que se observa en las interacciones humanas.

La presencia de tics motores y/o vocales varía entre los cinco trastornos de tics (Criterio A). En el trastorno de Tourette, deben estar presentes tics motores y vocales (aunque no necesariamente al mismo tiempo), mientras que en el trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos) sólo están presentes tics motores o vocales. En el caso del trastorno de tics provisionales, pueden estar presentes tics motores y/o vocales. Para otros trastornos de tics especificados o no especificados, los tics o los síntomas similares a tics se caracterizan mejor como tics pero son atípicos en su presentación o edad de inicio, o tienen una etiología conocida.

El criterio de duración mínima de 1 año (Criterio B) garantiza que las personas diagnosticadas con trastorno de Tourette o trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos) hayan tenido síntomas persistentes. La gravedad de los tics aumenta y disminuye, y algunas personas pueden tener intervalos libres de tics de semanas a meses; sin embargo, se consideraría que un individuo que ha tenido tics durante más de 1 año desde la aparición del primer tic tiene síntomas persistentes independientemente de los períodos intermitentes sin tics. Para un individuo con tics motores y/o vocales durante menos de 1 año desde la aparición del primer tic, se puede considerar un diagnóstico provisional de trastorno de tics. La aparición de los tics debe ocurrir antes de los 18 años (Criterio C). Los trastornos de tics suelen comenzar en el período prepuberal, con una edad promedio de aparición entre los 4 y 6 años, y la incidencia de los trastornos de tics de primera aparición disminuye en los últimos años de la adolescencia. La primera aparición de tics en la edad adulta es extremadamente rara y a menudo se asocia con exposiciones a sustancias ilícitas (p. ej., consumo excesivo de cocaína), es el resultado de una lesión del sistema nervioso central o está relacionada con un trastorno neurológico funcional. Aunque la primera aparición de tics es poco común en adolescentes y adultos, no es raro que adolescentes y adultos se presenten para una evaluación diagnóstica inicial y, cuando se los evalúa cuidadosamente, proporcionan antecedentes de tics más leves.

Machine Translated by Google

volver a la infancia, incluso si las fases anteriores del desarrollo incluyeron períodos de meses o años sin tics. Los movimientos anormales de primera aparición que sugieren tics que ocurren fuera del rango de edad habitual deben dar lugar a una evaluación de otros trastornos del movimiento, incluidos vocalizaciones o movimientos complejos funcionales similares a tics.

Los tics no pueden ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica (Criterio D). Cuando existe evidencia sólida a partir de la anamnesis, el examen físico y/o los resultados de laboratorio que sugieren una causa plausible, proximal y probable de un trastorno de tics, se debe utilizar un diagnóstico de otro trastorno de tics específico.

Haber cumplido previamente los criterios diagnósticos para el trastorno de Tourette niega un posible diagnóstico de trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos) (Criterio E). De manera similar, un diagnóstico previo de trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos) niega un diagnóstico de trastorno de tics provisional u otro trastorno de tics especificado o no especificado (Criterio E).

Predominio

Los tics son comunes en la infancia pero transitorios en la mayoría de los casos. Una encuesta nacional realizada en los Estados Unidos estimó una prevalencia de casos clínicamente identificados de 3 por 1.000. La frecuencia de casos identificados fue menor entre afroamericanos y latinos, lo que puede estar relacionado con diferencias en el acceso a la atención. La prevalencia estimada del trastorno de Tourette en Canadá oscila entre 3 y 9 por 1.000 en niños en edad escolar. A nivel mundial, los hombres se ven afectados con mayor frecuencia que las mujeres, con una proporción que varía de 2:1 a 4:1. Los estudios epidemiológicos han demostrado que los tics están presentes en niños de todos los continentes, pero las tasas de prevalencia exactas están influenciadas por diferencias metodológicas en la investigación.

Desarrollo y evolución La primera

aparición de los tics suele producirse entre los 4 y 6 años de edad. El parpadeo es muy característico como síntoma inicial. La gravedad máxima se produce entre los 10 y 12 años, con una disminución de la gravedad durante la adolescencia. Muchos adultos con trastornos de tics experimentan una disminución de los síntomas. Sin embargo, un porcentaje de personas tendrá síntomas persistentemente graves o que empeorarán en la edad adulta.

Los tics se manifiestan de manera similar en todos los grupos de edad y a lo largo de la vida. Los tics aumentan y disminuyen en gravedad (frecuencia e intensidad) y con el tiempo cambian con respecto a los grupos de músculos afectados y la naturaleza de las vocalizaciones. Muchas personas, incluidos los niños pequeños, informan que sus tics están asociados con una sensación corporal localizada que precede al tic y una necesidad premonitoria de moverse. Puede resultar difícil encontrar palabras para describir estas sensaciones e impulsos premonitorios. Los tics asociados con un impulso premonitorio pueden experimentarse como no completamente “involuntarios” en el sentido de que es posible resistir el impulso y el tic. Un individuo también puede sentir la necesidad de realizar un tic repetidamente o de una manera específica hasta que sienta que el tic se ha realizado "bien".
A menudo hay una sensación de alivio y reducción de la tensión tras la expresión del tic o de una serie de tics.

La vulnerabilidad hacia el desarrollo de condiciones concurrentes cambia a medida que los individuos pasan por la edad de riesgo de sufrir diversas condiciones concurrentes. Por ejemplo, los niños prepúberes con trastornos de tics tienen más probabilidades de presentar simultáneamente un trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y un trastorno de ansiedad por separación. Los adolescentes y los adultos son más vulnerables a desarrollar trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, así como al consumo de sustancias.

Machine Translated by Google

trastornos.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. En las etapas tempranas del desarrollo cerebral, se han identificado una serie de factores de riesgo ambientales, incluida la edad paterna avanzada, así como eventos adversos pre y perinatales (p. ej., crecimiento fetal deficiente, fiebre intraparto materna, tabaquismo materno, estrés psicosocial materno severo, parto prematuro, presentación de nalgas y parto por cesárea).

Genético y fisiológico. Los factores genéticos influyen en la expresión y la gravedad de los tics. Se estima que la heredabilidad de los trastornos de tics es del 70% al 85% y no existen diferencias en el riesgo familiar o la heredabilidad entre hombres y mujeres. Se han identificado importantes alelos de riesgo para el trastorno de Tourette y variantes genéticas raras en familias con trastornos de tics. También se han identificado variantes genéticas comunes. Se comparten entre los trastornos de tics en una forma graduada que se correlaciona con la gravedad de la enfermedad. De hecho, es probable que los trastornos de tics existan a lo largo de un espectro de desarrollo continuo, basado tanto en su fenomenología como en su trasfondo genético.

Los trastornos de tics crónicos comparten una variación genética con el TOC, el TDAH y otros trastornos del desarrollo neurológico, incluido el trastorno del espectro autista. Además, las personas con trastornos de tics tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno autoinmunitario (p. ej., tiroiditis de Hashimoto). Es cada vez más evidente que el sistema inmunológico y la neuroinflamación desempeñan papeles importantes en la patobiología de los tics en al menos un subconjunto de individuos afectados (p. ej., aquellos con corea de Sydenham). Sin embargo, se necesita más trabajo para comprender los fundamentos bioconductuales y el posible papel causal de las infecciones en otras afecciones neuropsiquiátricas, incluido el síndrome neuropsiquiátrico pediátrico de inicio agudo y el trastorno neuropsiquiátrico autoinmune pediátrico asociado con infecciones estreptocócicas.

Modificadores de curso. Los tics aumentan con la ansiedad, la excitación y el agotamiento y mejoran durante actividades tranquilas y concentradas. Por ejemplo, muchas personas suelen tener menos tics cuando realizan tareas que requieren atención concentrada y control motor. Los acontecimientos estresantes/emocionantes (p. ej., realizar un examen, participar en actividades emocionantes) a menudo empeoran los tics.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Los trastornos de tics no parecen variar en sus características clínicas, evolución o etiología según el origen étnico, racial y cultural, pero estos antecedentes pueden afectar la forma en que se perciben y manejan los trastornos de tics en la familia y la comunidad, influyendo en los patrones de búsqueda de ayuda y opciones de tratamiento, como la edad de presentación en los servicios especializados. Por ejemplo, la distancia social preferida de las personas con trastornos de tics (por ejemplo, cuando trabajan o estudian juntos) fue mayor en una muestra coreana que en estudios estadounidenses.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Los hombres se ven afectados con mayor frecuencia que las mujeres, pero no existen diferencias sexuales en los tipos de tics, la edad de aparición o la evolución. Las mujeres con trastornos de tics persistentes pueden tener más probabilidades de experimentar ansiedad y depresión.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Machine Translated by Google

Un estudio de cohortes de casos emparejado realizado en Suecia entre 1969 y 2013 demostró que las personas con trastorno de Tourette o trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos) tienen un riesgo sustancialmente mayor de intentos de suicidio (odds ratio 3,86) y muerte por suicidio (odds ratio 4,39). incluso después del ajuste por comorbilidades psiquiátricas, en comparación con sujetos de control de la población general emparejados. La persistencia de los tics después de la edad adulta y un intento de suicidio previo fueron los predictores más fuertes de muerte por suicidio. Los datos de casos y controles sugieren que aproximadamente 1 de cada 10 jóvenes con trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos) tiene pensamientos y/o comportamientos suicidas, particularmente en el contexto de ira/frustración y asociados con ansiedad/depresión, problemas sociales o retraimiento, agresión. y problemas de internalización, gravedad de los tics y deterioro relacionado.

Consecuencias funcionales de los trastornos de tics Muchas

personas con tics de gravedad leve a moderada no experimentan angustia ni deterioro en el funcionamiento e incluso pueden no ser conscientes de sus tics. Individuos con más severo

Los síntomas generalmente tienen un mayor deterioro en la vida diaria, pero incluso las personas con trastornos de tics moderados o incluso graves pueden funcionar bien. La presencia de una afección concurrente, como el TDAH o el TOC, puede tener un mayor impacto en el funcionamiento que los propios tics. Con menos frecuencia, los tics alteran el funcionamiento de las actividades diarias y provocan aislamiento social, conflictos interpersonales, victimización entre pares, incapacidad para trabajar o ir a la escuela y una menor calidad de vida. A menudo, las personas con tics tienen dificultades para centrar su atención en tareas relacionadas con el trabajo mientras intentan activamente suprimir sus tics. El individuo también puede experimentar angustia psicológica sustancial e incluso pensamientos suicidas. Las complicaciones raras del trastorno de Tourette incluyen lesiones físicas, como lesiones oculares (por golpearse en la cara) y lesiones ortopédicas y neurológicas (p. ej., enfermedad discal relacionada con movimientos forzados de la cabeza y el cuello).

Diagnóstico diferencial

Movimientos anormales que pueden acompañar a otras afecciones médicas, incluidos otros trastornos del movimiento.

Las estereotipias motoras se definen como movimientos involuntarios, rítmicos, repetitivos y predecibles que parecen tener un propósito pero no cumplen ninguna función adaptativa obvia. A menudo son tranquilizantes o placenteros y terminan con la distracción. Los ejemplos incluyen agitar/rotar las manos de forma repetitiva, aletear los brazos y mover los dedos. Las estereotipias motoras generalmente se pueden diferenciar de los tics en función de la edad de inicio más temprana de las primeras (a menudo antes de los 3 años), la duración prolongada (de segundos a minutos), la forma y ubicación repetitivas y rítmicas, la ausencia de una sensación o impulso premonitorio y la cesación. con distracción (p. ej., escuchar un nombre o ser tocado). La corea representa acciones rápidas, aleatorias, continuas, abruptas, irregulares, impredecibles y no estereotipadas que suelen ser bilaterales y afectan a todas las partes del cuerpo (es decir, cara, tronco y extremidades). El momento, la dirección y la distribución de los movimientos varían de un momento a otro y los movimientos suelen empeorar durante el intento de acción voluntaria. La distonía es la contracción sostenida simultánea de los músculos agonistas y antagonistas, lo que resulta en una postura o movimiento distorsionado de partes del cuerpo. Las posturas distónicas a menudo se desencadenan por intentos de realizar movimientos voluntarios y no se observan durante el sueño.

Discinesias paroxísticas. Las discinesias paroxísticas se caracterizan por episodios involuntarios.

Machine Translated by Google

Movimientos distónicos o coreoatetoides que son precipitados por movimientos o esfuerzos voluntarios y, con menos frecuencia, surgen de una actividad de fondo normal.

Mioclono. El mioclono se caracteriza por un movimiento repentino unidireccional que a menudo no es rítmico. Puede empeorar con el movimiento y ocurrir durante el sueño. El mioclono se diferencia de los tics por su rapidez, falta de supresión y ausencia de sensación o impulso premonitorio.

Trastornos obsesivo-compulsivos y afines. Puede resultar difícil diferenciar las compulsiones en el TOC de los tics complejos, especialmente porque con frecuencia coexisten en el mismo individuo. Las compulsiones del TOC tienen como objetivo prevenir o reducir la ansiedad o la angustia y generalmente se realizan en respuesta a una obsesión (p. ej., miedo a la contaminación). Por el contrario, muchas personas con un trastorno de tics sienten la necesidad de realizar la acción de una manera particular, igualmente en ambos lados del cuerpo un cierto número de veces o hasta lograr una sensación "perfecta". Los trastornos de conducta repetitiva centrados en el cuerpo (es decir, arrancarse el pelo de manera persistente, rascarse la piel, morderse las uñas) están más dirigidos a objetivos y son más complejos que los tics.

Trastorno de tic funcional. Los trastornos funcionales también deben considerarse cuando un individuo presenta "ataques de tics" que pueden durar períodos prolongados que duran desde 15 minutos hasta varias horas.

Comorbilidad

Se ha descrito que muchas afecciones médicas y psiquiátricas coexisten con los trastornos de tics, y el TDAH, la conducta disruptiva y el TOC y trastornos relacionados son particularmente

común. Los niños con TDAH pueden demostrar comportamiento disruptivo, inmadurez social y dificultades de aprendizaje que pueden interferir con el progreso académico y las relaciones interpersonales y conducir a un deterioro mayor que el causado por un trastorno de tics. Los síntomas obsesivo-compulsivos observados en los trastornos de tics tienden a aparecer a una edad más temprana y a menudo se caracterizan por una necesidad de simetría y exactitud y/o pensamientos prohibidos o tabú (p. ej., obsesiones agresivas, sexuales o religiosas y compulsiones relacionadas). Las personas con trastornos de tics también pueden tener otros trastornos del movimiento (p. ej., corea de Sydenham, trastorno de movimientos estereotipados) y otras afecciones psiquiátricas y del desarrollo neurológico, como el trastorno del espectro autista y el trastorno específico del aprendizaje. Como se señaló anteriormente, los adolescentes y adultos con un trastorno de tics tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno del estado de ánimo, ansiedad o uso de sustancias.

Otro trastorno de tics específico

F95.8

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de tics que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para un trastorno de tics o cualquiera de los trastornos en la lista. neurodesarrollo

Machine Translated by Google

Clase diagnóstica de trastornos. La otra categoría de trastorno de tics especificada se utiliza en situaciones en las que el médico decide comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de un trastorno de tics o de cualquier trastorno del desarrollo neurológico específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de tics especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “con inicio después de los 18 años”).

Trastorno de tics no especificado

F95.9

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de tics que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para un trastorno de tics o para cualquiera de los trastornos en la clase de diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo. La categoría de trastorno de tics no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide no especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un trastorno de tics o para un trastorno del desarrollo neurológico específico e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico. .

Otros trastornos del neurodesarrollo

Otro trastorno del neurodesarrollo especificado

F88

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del desarrollo neurológico que causan deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos del desarrollo neurológico. La categoría de otro trastorno del neurodesarrollo específico se utiliza en situaciones en las que el médico decide comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de ningún trastorno del neurodesarrollo específico. Esto se hace registrando “otro trastorno del desarrollo neurológico específico” seguido del motivo específico (p. ej., “trastorno del desarrollo neurológico asociado con la exposición prenatal al alcohol”).

Un ejemplo de una presentación que se puede especificar usando "otro especificado" designación es la siguiente:

Machine Translated by Google

Trastorno del desarrollo neurológico asociado con la exposición prenatal al alcohol: el trastorno del desarrollo neurológico asociado con la exposición prenatal al alcohol se caracteriza por una variedad de discapacidades del desarrollo después de la exposición al alcohol en el útero.

Trastorno del neurodesarrollo no especificado

F89

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del desarrollo neurológico que causan deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos del desarrollo neurológico. La categoría de trastorno del neurodesarrollo no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide no especificar el motivo por el cual no se cumplen los criterios para un trastorno del neurodesarrollo específico e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en casos de emergencia). configuración de la habitación).

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Espectro de la esquizofrenia y otros psicóticos Trastornos

El espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos incluyen la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y el trastorno esquizotípico (de la personalidad). Se definen por anomalías en uno o más de los cinco dominios siguientes: delirios, alucinaciones, pensamiento (habla) desorganizado, comportamiento motor anormal o muy desorganizado (incluida la catatonia) y síntomas negativos.

Características clave que definen los trastornos psicóticos

Alucinaciones

Los delirios son creencias fijas que no se pueden cambiar a la luz de evidencia contradictoria. Su contenido puede incluir una variedad de temas (por ejemplo, persecutorios, referenciales, somáticos, religiosos, grandiosos). Los delirios de persecución (es decir, la creencia de que un individuo, una organización u otro grupo va a hacer daño, acosar, etc.) a uno son los más comunes. Los delirios referenciales (es decir, la creencia de que ciertos gestos, comentarios, señales ambientales, etc. están dirigidos a uno mismo) también son comunes. También se observan delirios de grandeza (es decir, cuando un individuo cree que tiene habilidades, riqueza o fama excepcionales) y delirios erotomaníacos (es decir, cuando un individuo cree falsamente que otra persona está enamorada de él o ella). Los delirios nihilistas implican la convicción de que ocurrirá una catástrofe importante, y los delirios somáticos se centran en preocupaciones relacionadas con la salud y la función de los órganos.

Los delirios se consideran extraños si son claramente inverosímiles y no comprensibles para sus pares de la misma cultura y no se derivan de experiencias de la vida ordinaria. Un ejemplo de delirio extraño es la creencia de que una fuerza externa le ha extraído los órganos internos y los ha reemplazado con los órganos de otra persona sin dejar heridas ni cicatrices. Un ejemplo de delirio no extraño es la creencia de que uno está bajo vigilancia policial, a pesar de la falta de pruebas convincentes. Los delirios que expresan una pérdida de control sobre la mente o el cuerpo generalmente se consideran extraños; Estos incluyen la creencia de que los pensamientos han sido “eliminados” por alguna fuerza externa (retirada del pensamiento), que se han puesto pensamientos extraños en la mente (inserción de pensamientos), o que alguien externo actúa o manipula el cuerpo o las acciones de uno. fuerza (delirios de control).

La distinción entre un delirio y una idea firmemente arraigada es a veces difícil de determinar y depende en parte del grado de convicción con el que se sostiene la creencia a pesar de evidencia contradictoria clara o razonable sobre su veracidad. Puede resultar difícil evaluar los delirios en personas de diversos orígenes culturales. Algunas creencias religiosas y sobrenaturales (p. ej., mal de ojo, causar enfermedades mediante maldiciones, influencia de espíritus) pueden considerarse extrañas y posiblemente delirantes en algunos contextos culturales, pero generalmente se aceptan en otros.

Machine Translated by Google

otros. Sin embargo, una religiosidad elevada puede ser una característica de muchas presentaciones de psicosis.

Las personas que han experimentado tortura, violencia política o discriminación pueden informar temores que pueden juzgarse erróneamente como delirios persecutorios; en cambio, estos pueden representar temores intensos de recurrencia o síntomas postraumáticos. Una evaluación cuidadosa de si el

Los temores de la persona están justificados dada la naturaleza del trauma, lo que puede ayudar a diferenciar los temores apropiados de los delirios persecutorios.

Alucinaciones

Las alucinaciones son experiencias similares a percepciones que ocurren sin un estímulo externo. Son vívidos y claros, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están bajo control voluntario. Pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y trastornos relacionados. Las alucinaciones auditivas suelen experimentarse como voces, ya sean familiares o desconocidas, que se perciben como distintas de los propios pensamientos del individuo. Las alucinaciones deben ocurrir en el contexto de un sensorio claro; aquellos que ocurren al quedarse dormido (hipnagógico) o al despertar (hipnopómpico) se consideran dentro del rango de la experiencia normal. Las alucinaciones pueden ser una parte normal de la experiencia religiosa en ciertos contextos culturales.

Pensamiento desorganizado (habla)

El pensamiento desorganizado (trastorno del pensamiento formal) normalmente se infiere del habla del individuo. El individuo puede pasar de un tema a otro (descarrilamiento o asociaciones vagas).
Las respuestas a las preguntas pueden estar relacionadas indirectamente o no tener ninguna relación (tangencialidad). En raras ocasiones, el habla puede estar tan gravemente desorganizada que resulta casi incomprensible y se asemeja a la afasia receptiva en su desorganización lingüística (incoherencia o “ensalada de palabras”). Dado que el habla levemente desorganizada es común e inespecífica, el síntoma debe ser lo suficientemente grave como para afectar sustancialmente la comunicación efectiva. La gravedad del deterioro puede ser difícil de evaluar si la persona que hace el diagnóstico proviene de un entorno lingüístico diferente al de la persona examinada. Por ejemplo, algunos grupos religiosos practican la glosolalia (“hablar en lenguas”); otros describen experiencias de trance de posesión (estados de trance en los que la identidad personal es reemplazada por una identidad de posesión externa). Estos fenómenos se caracterizan por un habla desorganizada. Estos casos no representan signos de psicosis a menos que vayan acompañados de otros síntomas claramente psicóticos. Durante los períodos prodrómico y residual de la esquizofrenia pueden producirse desorganizaciones menos graves del pensamiento o del habla.

Comportamiento motor extremadamente desorganizado o anormal (incluida la catatonia)

El comportamiento motor extremadamente desorganizado o anormal puede manifestarse de diversas maneras, desde “tonterías” infantiles hasta agitación impredecible. Se pueden observar problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a objetivos, lo que lleva a dificultades en la realización de actividades de la vida diaria.

El comportamiento catatónico es una marcada disminución de la reactividad al medio ambiente. Esto va desde la resistencia a las instrucciones (negativismo); a mantener una postura rígida, inapropiada o extraña; hasta una completa falta de respuestas verbales y motoras (mutismo y estupor). También puede incluir

Machine Translated by Google

Actividad motora excesiva y sin propósito sin causa obvia (excitación catatónica). Otras características son movimientos estereotipados repetidos, miradas fijas, muecas y el eco del habla.
Aunque históricamente la catatonia se ha asociado con la esquizofrenia, los síntomas catatónicos no son específicos y pueden ocurrir en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos bipolares o depresivos con catatonia) y en afecciones médicas (trastorno catatónico debido a otra afección médica).

Síntomas negativos Los

síntomas negativos representan una parte sustancial de la morbilidad asociada con la esquizofrenia, pero son menos prominentes en otros trastornos psicóticos. Dos síntomas negativos son particularmente prominentes en la esquizofrenia: disminución de la expresión emocional y abulia.
La expresión emocional disminuida incluye reducciones en la expresión de emociones en el

rostro, contacto visual, entonación del habla (prosodia) y movimientos de la mano, la cabeza y la cara que normalmente dan un énfasis emocional al habla. La avolición es una disminución de las actividades motivadas y con propósito iniciadas por uno mismo. El individuo puede permanecer sentado durante largos períodos de tiempo y mostrar poco interés en participar en actividades laborales o sociales. Otros síntomas negativos incluyen alogia, anhedonia y asocialidad. La alogia se manifiesta por una disminución de la producción del habla. La anhedonia es la disminución de la capacidad de experimentar placer. Las personas con esquizofrenia aún pueden disfrutar de una actividad placentera en el momento y pueden recordarla, pero muestran una reducción en la frecuencia de participar en actividades placenteras. La asocialidad se refiere a la aparente falta de interés en las interacciones sociales y puede estar asociada con la abulia, pero también puede ser una manifestación de oportunidades limitadas para las interacciones sociales.

Trastornos en este capítulo Este capítulo está

organizado según un gradiente de psicopatología. Los médicos deben considerar primero las condiciones que no cumplen todos los criterios para un trastorno psicótico o que se limitan a un dominio de la psicopatología. Entonces deberían considerar condiciones de tiempo limitado. Finalmente, el diagnóstico de un trastorno del espectro de la esquizofrenia requiere la exclusión de otra afección que pueda dar lugar a psicosis.

El trastorno esquizotípico de la personalidad se menciona en este capítulo ya que se considera dentro del espectro de la esquizofrenia, aunque su descripción completa se encuentra en el capítulo "Trastornos de la personalidad". El diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad capta un patrón generalizado de déficits sociales e interpersonales, incluida una capacidad reducida para mantener relaciones cercanas; distorsiones cognitivas o perceptivas; y excentricidades de comportamiento, que generalmente comienzan en la edad adulta temprana pero que en algunos casos se hacen evidentes por primera vez en la niñez y la adolescencia. Las anomalías de las creencias, el pensamiento y la percepción están por debajo del umbral para el diagnóstico de un trastorno psicótico.

Dos condiciones se definen por anomalías limitadas a un dominio de la psicosis: delirios o catatonia. El trastorno delirante se caracteriza por al menos 1 mes de delirios pero ningún otro síntoma psicótico. La catatonia se describe más adelante en el capítulo y más adelante en esta discusión.

El trastorno psicótico breve dura más de 1 día y remite al mes. El trastorno esquizofreniforme se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la de la esquizofrenia excepto por su duración (menos de 6 meses) y la ausencia de un requisito de disminución de la

Machine Translated by Google

marcha.

La esquizofrenia dura al menos 6 meses e incluye al menos 1 mes de síntomas de fase activa. En el trastorno esquizoafectivo, un episodio del estado de ánimo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia ocurren juntos y fueron precedidos o seguidos por al menos dos semanas de delirios o alucinaciones sin síntomas del estado de ánimo prominentes.

Los trastornos psicóticos pueden ser inducidos por sustancias, medicamentos, toxinas y otras afecciones médicas. En el trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de una droga de abuso, un medicamento o la exposición a una toxina y cesan después de la eliminación del agente. En el trastorno psicótico debido a otra afección médica, los síntomas psicóticos se consideran una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.

La catatonia puede ocurrir en varios trastornos, incluidos los trastornos del desarrollo neurológico, psicóticos, bipolares, depresivos y otros trastornos mentales. Este capítulo también incluye los diagnósticos de catatonia asociada con otro trastorno mental (especificador de catatonia), trastorno catatónico debido a otra afección médica y catatonia no especificada, y los criterios de diagnóstico para las tres afecciones se describen juntos.

Se incluyen otros espectros de esquizofrenia especificados y no especificados y otros trastornos psicóticos para clasificar las presentaciones psicóticas que no cumplen los criterios de ninguno de los trastornos psicóticos específicos, o sintomatología psicótica sobre la cual existe información inadecuada o contradictoria.

Evaluación clínica de los síntomas y fenómenos clínicos relacionados en la psicosis Los trastornos psicóticos son heterogéneos y la gravedad

de los síntomas puede predecir aspectos importantes de la enfermedad, como el grado de déficit cognitivo o neurobiológico. Para hacer avanzar el campo, en la Sección III, “Medidas de evaluación”, se incluye un marco detallado para la evaluación de la gravedad, que puede ayudar con la planificación del tratamiento, la toma de decisiones de pronóstico y la investigación de los mecanismos fisiopatológicos. La Sección III, “Medidas de evaluación”, también contiene evaluaciones dimensionales de los síntomas primarios de la psicosis, incluidas alucinaciones, delirios, habla desorganizada (excepto el trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos y el trastorno psicótico debido a otra afección médica), comportamiento psicomotor anormal, y síntomas negativos, así como evaluaciones dimensionales de depresión y manía. La gravedad de los síntomas del estado de ánimo en la psicosis tiene valor pronóstico y orienta el tratamiento. Por lo tanto, las evaluaciones dimensionales de la depresión y la manía para todos los trastornos psicóticos alertan a los médicos sobre la patología del estado de ánimo y la necesidad de tratarla cuando sea apropiado. La escala de la Sección III también incluye una valoración dimensional del deterioro cognitivo. Muchos individuos con trastornos psicóticos tienen deficiencias en una variedad de dominios cognitivos que predicen el estado funcional. La evaluación neuropsicológica clínica puede ayudar a guiar el diagnóstico y el tratamiento, pero las evaluaciones breves sin una evaluación neuropsicológica formal pueden proporcionar información útil que puede ser suficiente para fines de diagnóstico. Las pruebas neuropsicológicas formales, cuando se realizan, deben ser administradas y calificadas por personal capacitado en el uso de instrumentos de prueba. si un

Machine Translated by Google

Si no se realiza una evaluación neuropsicológica formal, el médico debe utilizar la mejor información disponible para emitir un juicio. Es necesaria más investigación sobre estas evaluaciones para determinar su utilidad clínica; por lo tanto, las evaluaciones disponibles en la Sección III deberían servir como prototipo para estimular dicha investigación.

Consideraciones culturales en la evaluación de los síntomas psicóticos La precisión del diagnóstico y la calidad de la planificación del tratamiento pueden mejorarse mediante enfoques, escalas y herramientas de entrevista que hayan sido adaptados o validados para la cultura de la persona y mediante el uso de una entrevista de formulación cultural (consulte la Sección III, “ Cultura y Diagnóstico Psiquiátrico”).
La evaluación de la psicosis a través de intérpretes o en un segundo o tercer idioma debe evitar la mala interpretación de metáforas desconocidas como delirios.

Trastorno esquizotípico (de la personalidad)

Los criterios y el texto para el trastorno esquizotípico de la personalidad se pueden encontrar en el capítulo "Trastornos de la personalidad". Debido a que este trastorno se considera parte del espectro de trastornos de la esquizofrenia y está etiquetado en esta sección de la CIE-10 como trastorno esquizotípico, se enumera en este capítulo y se analiza en detalle en el capítulo "Trastornos de la personalidad" del DSM-5.

Desorden delirante

Criterios de diagnóstico	F22

A. La presencia de uno (o más) delirios con una duración de 1 mes o más.

B. Nunca se ha cumplido el criterio A para la esquizofrenia.

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

C. Aparte del impacto del delirio o sus ramificaciones, el funcionamiento no está marcadamente afectado y el comportamiento no es obviamente extraño o extraño.

D. Si han ocurrido episodios maníacos o depresivos mayores, estos han sido breves.
en relación con la duración de los períodos delirantes.

E. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo.

Especificar si: Tipo

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

Machine Translated by Google

Tipo grandioso: este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es la convicción de tener algún gran talento o perspicacia (pero no reconocido) o de haber hecho algún descubrimiento importante.

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

Tipo persecutorio: este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio implica la creencia del individuo de que él o ella está siendo conspirado, engañado, espiado, seguido, envenenado o drogado, difamado maliciosamente, acosado u obstruido en la búsqueda de objetivos de larga data. objetivos a plazo.

Tipo somático: este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio involucra funciones o sensaciones corporales.

Tipo mixto: este subtipo se aplica cuando no predomina ningún tema delirante.

Tipo no especificado: este subtipo se aplica cuando la creencia delirante dominante no puede determinarse claramente o no se describe en los tipos específicos (p. ej., delirios referenciales sin un componente persecutorio o grandioso prominente).

Especifique

si: Con contenido extraño: Los delirios se consideran extraños si son claramente inverosímiles, no comprensibles y no se derivan de experiencias de la vida ordinaria (por ejemplo, la creencia de un individuo de que un extraño le ha extraído los órganos internos y los ha reemplazado con órganos de otra persona). sin dejar heridas ni cicatrices).

Especifique

si: Los siguientes especificadores de curso solo deben usarse después de 1 año de duración del trastorno:

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: Primera manifestación del trastorno que cumple con el síntoma diagnóstico definitorio y los criterios de tiempo. Un episodio agudo es un período de tiempo en el que se cumplen los criterios de los síntomas.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: La remisión parcial es un período de tiempo durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios definitorios del trastorno solo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: la remisión completa es un período de tiempo después de un episodio anterior durante el cual no se presentan síntomas específicos del trastorno.

Múltiples episodios, actualmente en episodio agudo Múltiples

episodios, actualmente en remisión parcial Múltiples episodios,

actualmente en remisión completa Continuo: los síntomas

que cumplen los criterios de síntomas de diagnóstico del trastorno persisten durante la mayor parte del curso de la enfermedad, siendo los períodos de síntomas subumbrales relativamente breves. al curso general.

No especificado

Machine Translated by Google

Especifique la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de la psicosis, incluidos delirios, alucinaciones, habla desorganizada y psicomotricidad anormal.

comportamiento y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas puede clasificarse según su gravedad actual (más grave en los últimos 7 días) en una escala de 5 puntos que va de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Ver Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis calificadas por el médico en el capítulo “Medidas de evaluación”).

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

Subtipos En el

tipo erotomaníaco, el tema central del delirio es que otra persona está enamorada del individuo. La persona sobre quien se tiene esta convicción suele tener un estatus superior (por ejemplo, un individuo famoso o un superior en el trabajo), pero puede ser un completo extraño. Los esfuerzos por contactar con el objeto del engaño son comunes. En el tipo grandioso, el tema central del delirio es la convicción de tener algún gran talento o perspicacia o de haber hecho algún descubrimiento importante.
Con menos frecuencia, el individuo puede tener la ilusión de tener una relación especial con un individuo prominente o de ser una persona prominente (en cuyo caso el individuo real puede ser considerado un impostor). Los delirios de grandeza pueden tener un contenido religioso. En el tipo celoso, el tema central del delirio es el de una pareja infiel. Se llega a esta creencia sin causa justificada y se basa en inferencias incorrectas respaldadas por pequeños fragmentos de “evidencia” (por ejemplo, ropa desordenada). El individuo que padece el delirio suele confrontarse con su cónyuge o amante e intenta intervenir en la infidelidad imaginada. En el tipo persecutorio, el tema central del delirio implica la creencia del individuo de ser conspirado, engañado, espiado, seguido, envenenado, difamado maliciosamente, acosado u obstruido en la consecución de objetivos a largo plazo. Los pequeños desaires pueden ser exagerados y convertirse en el foco de un sistema delirante. El individuo afectado puede realizar repetidos intentos de obtener satisfacción mediante acciones legales o legislativas. Las personas con delirios de persecución suelen estar resentidas y enojadas y pueden recurrir a la violencia contra quienes creen que les están haciendo daño. En el tipo somático, el tema central del delirio involucra funciones o sensaciones corporales. Los delirios somáticos pueden ocurrir de varias formas. Lo más común es la creencia de que el individuo emite mal olor; que hay una infestación de insectos sobre o dentro de la piel; que hay un parásito interno; o que partes del cuerpo no están funcionando.

Características diagnósticas La

característica esencial del trastorno delirante es la presencia de uno o más delirios que persisten durante al menos un mes (Criterio A). No se realiza un diagnóstico de trastorno delirante si el individuo alguna vez ha tenido una presentación de síntomas que cumplió el Criterio A para esquizofrenia (Criterio B). Aparte del impacto directo de los delirios, las deficiencias en el funcionamiento psicosocial pueden ser más circunscritas que las observadas en otros trastornos psicóticos como la esquizofrenia, y el comportamiento no es obviamente extraño o extraño (Criterio C). Si los episodios de humor ocurren simultáneamente con

Machine Translated by Google

En los delirios, la duración total de estos episodios delirantes es breve en relación con la duración total de los períodos delirantes (Criterio D). Los delirios no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., enfermedad de Alzheimer) y no se explican mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo (Criterio E).

Además de los delirios identificados en los criterios de diagnóstico, la evaluación de los dominios de síntomas de cognición, depresión y manía es vital para hacer distinciones de importancia crítica entre los diversos espectros de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Mientras que los delirios son una condición sine qua non del trastorno delirante, las alucinaciones y los síntomas negativos son poco comunes y la desorganización es rara. Por definición, la presencia de catatonia junto con delirios descarta el trastorno delirante, porque se cumpliría el Criterio A para esquizofrenia. Un subconjunto de casos presenta síntomas depresivos prominentes, pero rara vez se demuestra deterioro cognitivo y manía.

Funciones asociadas

Los problemas sociales, matrimoniales o laborales pueden resultar de las creencias delirantes del trastorno delirante. Las personas con trastorno delirante pueden ser capaces de describir objetivamente que otros ven sus creencias como irracionales pero son incapaces de aceptarlo por sí mismos (es decir, puede haber una “introspección fáctica” pero no una intuición verdadera). Muchos individuos desarrollan un estado de ánimo irritable o disfórico, que a veces puede entenderse como una reacción a sus creencias delirantes. La ira y el comportamiento violento pueden ocurrir en los tipos persecutorios, celosos y erotomaníacos. El individuo puede participar en un comportamiento litigioso o antagónico (por ejemplo, enviar cientos de cartas de protesta al gobierno). Pueden surgir dificultades legales, particularmente en tipos celosos y erotomaníacos.

Predominio

La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno delirante se ha estimado en alrededor del 0,2% en una muestra finlandesa, y el subtipo más frecuente es el persecutorio. El trastorno delirante, de tipo celoso, es probablemente más común en hombres que en mujeres, pero no existen diferencias importantes de sexo o género en la frecuencia general del trastorno delirante ni en el contenido de los delirios.

Desarrollo y evolución

En promedio, el funcionamiento global es generalmente mejor que el observado en la esquizofrenia. Aunque el diagnóstico es generalmente estable, una proporción de personas desarrolla esquizofrenia.
Mientras que aproximadamente un tercio de los individuos con trastorno delirante de 1 a 3 meses de duración reciben posteriormente un diagnóstico de esquizofrenia, es mucho menos probable que el diagnóstico de trastorno delirante cambie si la duración del trastorno es mayor de 6 a 12 meses. Aunque el trastorno delirante puede ocurrir en grupos de edad más jóvenes, puede ser más frecuente en personas mayores.

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico. El trastorno delirante tiene una relación familiar significativa tanto con la esquizofrenia como con el trastorno esquizotípico de la personalidad.

Machine Translated by Google

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura Se deben tener en cuenta los antecedentes culturales y religiosos de un individuo al evaluar la posible presencia de un trastorno delirante; de hecho, algunas creencias tradicionales desconocidas para las culturas occidentales pueden etiquetarse erróneamente como delirantes, por lo que su contexto debe evaluarse cuidadosamente. La naturaleza y el contenido de los delirios también varían entre los diferentes grupos culturales.

Consecuencias funcionales del trastorno delirante El deterioro funcional suele estar más circunscrito que el observado en otros trastornos psicóticos, aunque en algunos casos el deterioro puede ser sustancial e incluir un funcionamiento ocupacional deficiente y aislamiento social. Cuando existe un funcionamiento psicosocial deficiente, las propias creencias delirantes suelen desempeñar un papel importante. Una característica común de las personas con trastorno delirante es la aparente normalidad de su comportamiento y apariencia cuando sus ideas delirantes no se discuten ni se actúan en consecuencia. Los hombres con trastorno delirante generalmente tienen síntomas más graves y peores resultados funcionales en comparación con las mujeres.

Diagnóstico Diferencial Trastornos obsesivo-compulsivos y afines. Si un individuo con trastorno obsesivo-compulsivo está completamente convencido de que sus creencias sobre el trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas, entonces el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo, con percepción ausente/delirio

especificador de creencias, en lugar de un diagnóstico de trastorno delirante. De manera similar, si un individuo con trastorno dismórfico corporal está completamente convencido de que sus creencias sobre el trastorno dismórfico corporal son ciertas, entonces se debe dar el diagnóstico de trastorno dismórfico corporal, con ausencia del especificador de insight/creencias delirantes, en lugar de un diagnóstico de trastorno delirante.

Delirio, trastorno neurocognitivo mayor y trastorno psicótico debido a otra afección médica.

Las personas con estos trastornos pueden presentar síntomas que sugieren un trastorno delirante. Por ejemplo, los delirios de persecución simples en el contexto de un trastorno neurocognitivo mayor se diagnosticarían como un trastorno neurocognitivo mayor, con alteración del comportamiento.

Trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos. Un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos transversalmente puede ser idéntico en sintomatología al trastorno delirante, pero puede distinguirse por la relación cronológica del consumo de sustancias con el inicio y la remisión de las creencias delirantes.

Esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme. El trastorno delirante se puede distinguir de la esquizofrenia y del trastorno esquizofreniforme por la ausencia de otros síntomas característicos de la fase activa de la esquizofrenia. Además, la calidad de los delirios puede ayudar a distinguir entre esquizofrenia y trastorno delirante. En la esquizofrenia, los delirios muestran una mayor desorganización (el grado en que los delirios son internamente consistentes, lógicos y sistematizados), mientras que en el trastorno delirante muestran una mayor convicción (el grado en que el individuo está convencido de la realidad del delirio), mayor extensión (el grado en que el delirio involucra varias áreas de la vida del individuo) y mayor presión (el grado en que

Machine Translated by Google

que el individuo está preocupado y preocupado por el delirio expresado).

Trastornos depresivos, bipolares y trastorno esquizoafectivo. Estos trastornos pueden distinguirse del trastorno delirante por la relación temporal entre la alteración del estado de ánimo y los delirios y por la gravedad de los síntomas del estado de ánimo. Si los delirios ocurren exclusivamente durante episodios del estado de ánimo, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar, con características psicóticas. Los síntomas del estado de ánimo que cumplen todos los criterios de un episodio del estado de ánimo pueden superponerse al trastorno delirante. El trastorno delirante sólo puede diagnosticarse si la duración total de todos los episodios del estado de ánimo sigue siendo breve en relación con la duración total del trastorno delirante. De lo contrario, entonces es apropiado un diagnóstico de otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico acompañado de otro trastorno depresivo especificado, trastorno depresivo no especificado, otro trastorno bipolar y relacionado especificado, o trastorno bipolar no especificado y relacionado.

Trastorno psicótico breve

Criterios de diagnóstico F23

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

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Habla desorganizada (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).
4. Comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico.

Nota: No incluya un síntoma si es una respuesta culturalmente sancionada.

B. La duración de un episodio de perturbación es de al menos 1 día pero menos de 1 mes, con eventual retorno total al nivel premórbido de funcionamiento.

C. La alteración no se explica mejor por un trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas u otro trastorno psicótico como esquizofrenia o catatonia, y no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o otra condición médica.

Especificar

si: Con factor(es) estresante(s) marcado(s) (psicosis reactiva breve): Si los síntomas ocurren en respuesta a eventos que, individualmente o en conjunto, serían marcadamente estresantes para casi cualquier persona en circunstancias similares en la cultura del individuo.

Sin estresor(es) marcado(s): si los síntomas no ocurren en respuesta a eventos que, solos o juntos, serían marcadamente estresantes para casi cualquier persona en circunstancias similares en la cultura del individuo.

Con inicio periparto: si el inicio es durante el embarazo o dentro de las 4 semanas

Machine Translated by Google

posparto.

Especificar

si: Con catatonia (consulte los criterios de catatonia asociada con otro trastorno mental, p. 135, para su definición).

Nota de codificación: Utilice el código adicional F06.1 catatonia asociada con trastorno psicótico breve para indicar la presencia de catatonia comórbida.

Especifique la gravedad

actual: la gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de la psicosis, incluidos delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas puede clasificarse según su gravedad actual (más grave en los últimos 7 días) en una escala de 5 puntos que va de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Ver Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis calificadas por el médico en el capítulo “Medidas de evaluación”).

Nota: El diagnóstico de trastorno psicótico breve se puede realizar sin utilizar este especificador de gravedad.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno psicótico breve es una alteración que implica al menos uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: delirios, alucinaciones, habla desorganizada (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia) o comportamiento psicomotor manifiestamente anormal, incluida la catatonia (Criterio A).). Un episodio de la alteración dura al menos un día pero menos de un mes, y el individuo finalmente regresa por completo al nivel de funcionamiento premórbido (Criterio B). La alteración no se explica mejor por un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, por un trastorno esquizoafectivo o por esquizofrenia y no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un alucinógeno) u otra afección médica (p. ej., hematoma subdural). (Criterio C).

Además de las cuatro áreas de dominio de síntomas identificadas en los criterios de diagnóstico, la evaluación de los dominios de síntomas de cognición, depresión y manía es vital para hacer distinciones de importancia crítica entre los diversos espectros de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Funciones asociadas

Las personas con trastorno psicótico breve suelen experimentar agitación emocional o confusión abrumadora. Pueden tener cambios rápidos de un afecto intenso a otro.
Aunque la alteración es breve, el nivel de deterioro puede ser grave y es posible que se requiera supervisión para garantizar que se satisfagan las necesidades nutricionales e higiénicas y que el individuo esté protegido de las consecuencias de un mal juicio, un deterioro cognitivo o actuar sobre la base de alucinaciones. Parece haber un mayor riesgo de conducta suicida, particularmente durante el episodio agudo.

Predominio

Machine Translated by Google

El trastorno psicótico breve puede representar entre el 2% y el 7% de los casos de psicosis de primera aparición en varios países.

Desarrollo y evolución

El trastorno psicótico breve puede aparecer en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta, y su inicio puede ocurrir a lo largo de la vida, siendo la edad promedio de inicio alrededor de los 30 años. Por definición, un diagnóstico de trastorno psicótico breve requiere una remisión completa de todos los síntomas y un eventual retorno total al nivel premórbido de funcionamiento dentro del mes siguiente al inicio del trastorno. En algunos individuos, la duración de los síntomas psicóticos puede ser bastante breve (p. ej., unos pocos días).

Aunque el trastorno psicótico breve, por definición, alcanza una remisión completa en 1 mes, posteriormente más del 50% de los individuos experimentan una recaída. A pesar de la posibilidad de recaída, para la mayoría de las personas el resultado es favorable en términos de funcionamiento social y sintomatología.

En menos de la mitad de los casos diagnosticados con trastorno psicótico breve del DSM-IV o trastorno psicótico agudo y transitorio de la CIE-10, el diagnóstico cambia: más a menudo a trastornos del espectro de la esquizofrenia y con menor frecuencia a trastornos afectivos u otros trastornos psicóticos.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Es importante distinguir los síntomas del trastorno psicótico breve de los patrones de respuesta culturalmente sancionados. Por ejemplo, en algunas ceremonias religiosas, un individuo puede informar que escucha voces, pero éstas generalmente no persisten y la mayoría de los miembros de la comunidad del individuo no las perciben como anormales. En una amplia gama de contextos culturales, sería común o esperado que los familiares en duelo escuchen, vean o interactúen con el espíritu de un ser querido recientemente fallecido sin secuelas patológicas notables. Además, se deben tener en cuenta los antecedentes culturales y religiosos al considerar si las creencias son delirantes.

Diagnóstico diferencial

Otras condiciones médicas. Una variedad de condiciones médicas pueden manifestarse con síntomas psicóticos de corta duración. El trastorno psicótico debido a otra afección médica o a un delirio se diagnostica cuando hay evidencia en la historia, el examen físico o las pruebas de laboratorio de que los delirios o alucinaciones son la consecuencia fisiológica directa de una afección médica específica (p. ej., síndrome de Cushing, tumor cerebral). (consulte “Trastorno psicótico debido a otra afección médica” más adelante en este capítulo).

Trastornos relacionados con sustancias. El trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, el delirio inducido por sustancias y la intoxicación por sustancias se distinguen del trastorno psicótico breve por el hecho de que se considera que una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, la exposición a una toxina) está etiológicamente relacionada a los síntomas psicóticos (consulte “Trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos” más adelante en este capítulo). Las pruebas de laboratorio, como una prueba de detección de drogas en orina o un nivel de alcohol en sangre, pueden ser útiles para hacer esta determinación, al igual que un historial cuidadoso del uso de sustancias, prestando atención a las relaciones temporales entre la ingesta de sustancias y la aparición de los síntomas y a la naturaleza de los síntomas. sustancia que se utiliza.

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

Machine Translated by Google

Otros trastornos psicóticos. Si los síntomas psicóticos persisten durante 1 mes o más, el diagnóstico es trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, trastorno depresivo con características psicóticas, trastorno bipolar con características psicóticas u otro trastorno especificado o

espectro de esquizofrenia no especificado y otros trastornos psicóticos, dependiendo de los demás síntomas en la presentación. El diagnóstico diferencial entre el trastorno psicótico breve y el trastorno esquizofreniforme es difícil cuando los síntomas psicóticos han remitido antes de 1 mes en respuesta al tratamiento exitoso con medicamentos. Se debe prestar especial atención a la posibilidad de que un trastorno recurrente (p. ej., trastorno bipolar, exacerbaciones agudas recurrentes de la esquizofrenia) pueda ser responsable de cualquier episodio psicótico recurrente.

Trastornos simulados y facticios. Un episodio de trastorno facticio con signos y síntomas predominantemente psicológicos puede tener la apariencia de un trastorno psicótico breve, pero en tales casos hay evidencia de que los síntomas se producen intencionalmente. Cuando la simulación implica síntomas aparentemente psicóticos, suele haber evidencia de que la enfermedad se finge con un objetivo comprensible.

Desorden de personalidad. En ciertos individuos con trastornos de la personalidad, los factores estresantes psicosociales pueden precipitar breves períodos de síntomas psicóticos. Estos síntomas suelen ser transitorios y no justifican un diagnóstico por separado. Si los síntomas psicóticos persisten durante al menos 1 día, puede ser apropiado un diagnóstico adicional de trastorno psicótico breve.

Trastorno esquizofreniforme

Criterios de diagnóstico F20.81

A. Dos (o más) de los siguientes, cada uno presente durante una porción significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o menos si se trata con éxito). Al menos uno de estos debe ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Habla desorganizada (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).
4. Comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, disminución de la expresión emocional o abulia).

B. Un episodio del trastorno dura al menos 1 mes pero menos de 6 meses. Cuando el diagnóstico deba realizarse sin esperar la recuperación, deberá calificarse como “provisional”.

C. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no han ocurrido episodios maníacos o depresivos mayores al mismo tiempo que los síntomas de la fase activa, o 2) si han ocurrido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de la fase activa, ellos han estado

Machine Translated by Google

presente durante una minoría de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

D. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica.

Especifique

si: Con características de buen pronóstico: Este especificador requiere la presencia de al menos dos de las siguientes características: aparición de síntomas psicóticos prominentes dentro de las 4 semanas posteriores al primer cambio notable en el comportamiento o funcionamiento habitual; confusión o perplejidad; buen funcionamiento social y ocupacional premórbido; y ausencia de afecto embotado o plano.

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

Especificar

si: Con catatonia (consulte los criterios de catatonia asociada con otro trastorno mental, p. 135, para su definición).

Nota de codificación: Utilice el código adicional F06.1 catatonia asociada con trastorno esquizofreniforme para indicar la presencia de catatonia comórbida.

Especifique la gravedad

actual: la gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de la psicosis, incluidos delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas puede clasificarse según su gravedad actual (más grave en los últimos 7 días) en una escala de 5 puntos que va de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Ver Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis calificadas por el médico en el capítulo “Medidas de evaluación”).

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

Nota: Para obtener información adicional sobre características asociadas, desarrollo y evolución (factores relacionados con la edad), cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura, cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género, diagnóstico diferencial y comorbilidad, consulte las secciones correspondientes en Esquizofrenia.

Características diagnósticas

Los síntomas característicos del trastorno esquizofreniforme son idénticos a los de la esquizofrenia (Criterio A). El trastorno esquizofreniforme se distingue por su diferencia en la duración: la duración total de la enfermedad, incluidas las fases prodrómica, activa y residual, es de al menos 1 mes pero menos de 6 meses (Criterio B). La duración requerida para el trastorno esquizofreniforme es intermedia entre la del trastorno psicótico breve, que dura más de un día y remite al cabo de un mes, y la esquizofrenia, que dura al menos seis meses. El diagnóstico de esquizofreniforme.

Machine Translated by Google

El trastorno se produce bajo dos condiciones: 1) cuando un episodio de enfermedad dura entre 1 y 6 meses y el individuo ya se ha recuperado, y 2) cuando un individuo presenta síntomas durante menos de los 6 meses de duración requeridos para el diagnóstico de esquizofrenia pero aún no se ha recuperado. En este caso, el diagnóstico debe anotarse como “trastorno esquizofreniforme (provisional)” porque no se sabe si el individuo se recuperará del trastorno dentro del período de 6 meses. Si el trastorno persiste más de 6 meses, el diagnóstico debe cambiarse a esquizofrenia.

Otra característica distintiva del trastorno esquizofreniforme es la falta de un criterio que requiera un funcionamiento social y ocupacional deteriorado. Si bien estas deficiencias pueden estar potencialmente presentes, no son necesarias para un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme.

Además de las cinco áreas de dominio de síntomas identificadas en los criterios de diagnóstico, la evaluación de los dominios de síntomas de cognición, depresión y manía es vital para hacer distinciones de importancia crítica entre los diversos espectros de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Funciones asociadas

Al igual que ocurre con la esquizofrenia, actualmente no existen pruebas de laboratorio ni psicométricas para el trastorno esquizofreniforme. Hay múltiples regiones del cerebro donde las investigaciones de neuroimagen, neuropatológica y neurofisiológica han indicado anomalías, pero ninguna es diagnóstica.

Predominio

Es probable que la incidencia del trastorno esquizofreniforme en distintos entornos socioculturales sea similar a la observada en la esquizofrenia. En Estados Unidos y otros países de altos ingresos, la incidencia es baja, posiblemente cinco veces menor que la de la esquizofrenia. En los países de bajos ingresos, la incidencia puede ser mayor, especialmente para quienes especifican “con características de buen pronóstico”; en algunos de estos entornos, el trastorno esquizofreniforme puede ser tan común como la esquizofrenia.

Desarrollo y curso

El desarrollo del trastorno esquizofreniforme es similar al de la esquizofrenia. Aproximadamente un tercio de las personas con un diagnóstico inicial de trastorno esquizofreniforme (provisional) se recuperan dentro del período de 6 meses y el trastorno esquizofreniforme es su diagnóstico final. La mayoría de los dos tercios restantes de las personas eventualmente recibirán un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico.

Los familiares de personas con trastorno esquizofreniforme tienen un mayor riesgo de padecer esquizofrenia.

Consecuencias funcionales del trastorno esquizofreniforme

Para la mayoría de las personas con trastorno esquizofreniforme que finalmente reciben un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, las consecuencias funcionales son similares a las consecuencias de esos trastornos. La mayoría de las personas experimentan disfunción en varias áreas de

Machine Translated by Google

funcionamiento diario, como la escuela o el trabajo, las relaciones interpersonales y el autocuidado. Las personas que se recuperan del trastorno esquizofreniforme tienen mejores resultados funcionales.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales y condiciones médicas. Una amplia variedad de trastornos mentales y afecciones médicas pueden manifestarse con síntomas psicóticos que deben considerarse en el diagnóstico diferencial del trastorno esquizofreniforme. Estos incluyen trastorno psicótico debido a otra afección médica o su tratamiento; delirio o trastorno neurocognitivo mayor; trastorno psicótico o delirio inducido por sustancias/medicamentos; trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas; trastorno esquizoafectivo; otro trastorno bipolar y relacionado, especificado o no especificado; trastorno depresivo mayor o bipolar con características catatónicas; esquizofrenia; desorden delirante; otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otros trastornos psicóticos; trastornos de personalidad esquizotípicos, esquizoides o paranoicos; desorden del espectro autista; trastornos que se presentan en la infancia con habla desorganizada; desorden hiperactivo y deficit de atencion; trastorno obsesivo compulsivo; Trastorno de estrés postraumático; y lesión cerebral traumática.

Dado que los criterios diagnósticos para el trastorno esquizofreniforme y la esquizofrenia difieren principalmente en la duración de la enfermedad, la discusión sobre el diagnóstico diferencial de la esquizofrenia también se aplica al trastorno esquizofreniforme.

Trastorno psicótico breve. El trastorno esquizofreniforme difiere en duración del trastorno psicótico breve, que tiene una duración de menos de 1 mes.

Esquizofrenia

Criterios de diagnóstico	F20.9

A. Dos (o más) de los siguientes, cada uno presente durante una porción significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o menos si se trata con éxito). Al menos uno de estos debe ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Habla desorganizada (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).

4. Comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, disminución de la expresión emocional o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en una o más áreas importantes, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el autocuidado, está marcadamente por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando el inicio es en la niñez o la adolescencia, no se alcanza el nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico u ocupacional).

Machine Translated by Google

C. Los signos continuos de la alteración persisten durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas (o menos si se tratan con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes en forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptuales inusuales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no han ocurrido episodios maníacos o depresivos mayores al mismo tiempo que los síntomas de la fase activa, o 2) si han ocurrido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de la fase activa, han estado presentes durante una minoría de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica.

F. Si hay antecedentes de trastorno del espectro autista o un trastorno de la comunicación de inicio en la niñez, el diagnóstico adicional de esquizofrenia se realiza solo si delirios o alucinaciones prominentes, además de los otros síntomas requeridos de esquizofrenia, también están presentes durante al menos 1 mes (o menos si el tratamiento es exitoso).

Especifique

si: Los siguientes especificadores de curso solo deben usarse después de un año de duración del trastorno y si no contradicen los criterios de curso de diagnóstico.

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: Primera manifestación del trastorno que cumple con el síntoma diagnóstico definitorio y los criterios de tiempo. Un episodio agudo es un período de tiempo en el que se cumplen los criterios de los síntomas.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: La remisión parcial es un periodo de tiempo durante el cual se mantiene una mejoría tras un episodio anterior y en el que los criterios definitorios del trastorno sólo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: la remisión completa es un período de tiempo después de un episodio anterior durante el cual no se presentan síntomas específicos del trastorno.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Se pueden determinar episodios múltiples después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recaída).

Múltiples episodios, actualmente en remisión parcial Múltiples

episodios, actualmente en remisión total Continuo: los

síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno persisten durante la mayor parte del curso de la enfermedad, siendo los períodos de síntomas subumbrales muy breves en relación con el curso general.

No especificado

Machine Translated by Google

Especificar

si: Con catatonia (consulte los criterios de catatonia asociada con otro trastorno mental, p. 135, para su definición).

Nota de codificación: Utilice el código adicional F06.1 catatonia asociada con esquizofrenia para indicar la presencia de catatonia comórbida.

Especifique la gravedad

actual: la gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de la psicosis, incluidos delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas puede clasificarse según su gravedad actual (más grave en los últimos 7 días) en una escala de 5 puntos que va de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Ver Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis calificadas por el médico en el capítulo “Medidas de evaluación”).

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

Características diagnósticas

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican una variedad de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, pero ningún síntoma por sí solo es patognomónico del trastorno. El diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados con un funcionamiento social o ocupacional deteriorado. Los individuos con este trastorno variarán sustancialmente en la mayoría de las características, ya que la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo.

Al menos dos síntomas del Criterio A deben estar presentes durante una porción significativa de tiempo durante un período de 1 mes o más. Al menos uno de estos síntomas debe ser la presencia clara de delirios (Criterio A1), alucinaciones (Criterio A2) o habla desorganizada (Criterio A3).
También pueden estar presentes un comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico (Criterio A4) y síntomas negativos (Criterio A5). En aquellas situaciones en las que los síntomas de la fase activa remiten dentro de un mes en respuesta al tratamiento, el Criterio A aún se cumple si el médico estima que habrían persistido en ausencia del tratamiento.

La esquizofrenia implica deterioro en una o más áreas importantes de funcionamiento (Criterio B).
Si la alteración comienza en la niñez o la adolescencia, no se alcanza el nivel esperado de función. Puede resultar útil comparar al individuo con sus hermanos no afectados. La disfunción persiste durante un período sustancial durante el curso del trastorno y no parece ser el resultado directo de ninguna característica única. La avolición (es decir, impulso reducido para perseguir una conducta dirigida a un objetivo; Criterio A5) está relacionada con la disfunción social descrita en el Criterio B. También existe evidencia sólida de una relación entre el deterioro cognitivo (consulte la sección "Características asociadas" para este trastorno) y deterioro funcional en personas con esquizofrenia.

Algunos signos de la alteración deben persistir durante un período continuo de al menos 6 meses (Criterio C). Los síntomas prodrómicos a menudo preceden a la fase activa y pueden seguir síntomas residuales, caracterizados por formas leves o subumbrales de alucinaciones o delirios. Individuos

Machine Translated by Google

puede expresar una variedad de creencias inusuales o extrañas que no tienen proporciones delirantes (p. ej., ideas de referencia o pensamiento mágico); pueden tener experiencias perceptuales inusuales (p. ej., sentir la presencia de una persona invisible); su discurso puede ser generalmente comprensible pero vago; y su comportamiento puede ser inusual pero no extremadamente desorganizado (p. ej., murmurar en público). Los síntomas negativos son comunes en las fases prodrómica y residual y pueden ser graves. Las personas que habían sido socialmente activas pueden retirarse de las rutinas anteriores. Estos comportamientos suelen ser el primer signo de un trastorno.

Los síntomas del estado de ánimo y los episodios de humor pleno son comunes en la esquizofrenia y pueden ser concurrentes con la sintomatología de la fase activa. Sin embargo, a diferencia de un trastorno psicótico del estado de ánimo, un diagnóstico de esquizofrenia requiere la presencia de delirios o alucinaciones en ausencia de episodios del estado de ánimo. Además, los episodios del estado de ánimo, tomados en total, deberían estar presentes sólo durante una minoría de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

Además de las cinco áreas de dominio de síntomas identificadas en los criterios de diagnóstico, la evaluación de los dominios de síntomas de cognición, depresión y manía es vital para hacer distinciones de importancia crítica entre los diversos espectros de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Funciones asociadas

Los individuos con esquizofrenia pueden mostrar afectos inapropiados (p. ej., reírse en ausencia de un estímulo apropiado); un estado de ánimo disfórico que puede adoptar la forma de depresión, ansiedad o ira; un patrón de sueño alterado (p. ej., sueño diurno y actividad nocturna); y falta de interés por comer o rechazo de alimentos. Pueden producirse despersonalización, desrealización y preocupaciones somáticas que, en ocasiones, alcanzan proporciones delirantes. La ansiedad y las fobias son comunes. Los déficits cognitivos en la esquizofrenia son comunes y están fuertemente relacionados con deficiencias vocacionales y funcionales. Estos déficits pueden incluir disminuciones en la memoria declarativa, la memoria de trabajo, la función del lenguaje y otras funciones ejecutivas, así como una velocidad de procesamiento más lenta.
También se encuentran anomalías en el procesamiento sensorial y la capacidad inhibidora, así como reducciones en la atención. Algunos individuos con esquizofrenia muestran déficits de cognición social, incluidos déficits en la capacidad de inferir las intenciones de otras personas (teoría de la mente), y pueden prestar atención y luego interpretar eventos o estímulos irrelevantes como significativos, lo que quizás lleve a la generación de delirios explicativos. Estos deterioros frecuentemente persisten durante la remisión sintomática.

Algunos individuos con psicosis pueden carecer de percepción o conciencia de su trastorno (es decir, anosognosia). Esta falta de “insight” incluye el desconocimiento de los síntomas de la esquizofrenia y puede estar presente durante todo el curso de la enfermedad. La falta de conciencia de la enfermedad suele ser un síntoma de la esquizofrenia en sí misma más que una estrategia de afrontamiento. Es comparable a la falta de conciencia de los déficits neurológicos que siguen a un daño cerebral, lo que se denomina anosognosia. Este síntoma es el predictor más común de falta de adherencia al tratamiento y predice mayores tasas de recaída, mayor número de tratamientos involuntarios, peor funcionamiento psicosocial, agresión y un peor curso de la enfermedad.

La hostilidad y la agresión pueden estar asociadas con la esquizofrenia, aunque las agresiones espontáneas o aleatorias son poco comunes. La agresión es más frecuente en hombres más jóvenes y en personas con antecedentes de violencia, falta de adherencia al tratamiento, abuso de sustancias e impulsividad. Cabe señalar que la gran mayoría de las personas con esquizofrenia no son agresivas y son

Machine Translated by Google

víctimas con mayor frecuencia que los individuos de la población general.

Actualmente no existen pruebas radiológicas, de laboratorio o psicométricas para este trastorno. Las diferencias son evidentes en múltiples regiones del cerebro entre grupos de individuos sanos y personas con esquizofrenia, incluida la evidencia de estudios de neuroimagen, neuropatológicos y neurofisiológicos. Las diferencias también son evidentes en la arquitectura celular, la conectividad de la materia blanca y el volumen de la materia gris en una variedad de regiones como las cortezas prefrontal y temporal. Se ha observado una reducción del volumen cerebral general, así como una mayor reducción del volumen cerebral con la edad. Las reducciones del volumen cerebral con la edad son más pronunciadas en personas con esquizofrenia que en personas sanas. Finalmente, los individuos con esquizofrenia parecen diferir de los individuos sin el trastorno en el seguimiento ocular y en los índices electrofisiológicos.

Los signos neurológicos leves comunes en personas con esquizofrenia incluyen alteraciones de la coordinación motora, la integración sensorial y la secuenciación motora de movimientos complejos; confusión izquierda-derecha; y desinhibición de los movimientos asociados. Además, pueden producirse anomalías físicas menores en la cara y las extremidades.

Predominio

La prevalencia estimada de la esquizofrenia a lo largo de la vida es aproximadamente del 0,3% al 0,7%, con una variación de cinco veces en los metanálisis de encuestas representativas a nivel nacional. Los estudios han demostrado una mayor prevalencia e incidencia de esquizofrenia para algunos grupos según la migración y el estatus de refugiados, la urbanicidad y el estatus económico y la latitud del país. Es importante señalar que la prevalencia e incidencia informadas de esquizofrenia pueden verse afectadas por el hecho de que algunos grupos tienen más probabilidades de ser diagnosticados erróneamente o sobrediagnosticados.

La proporción de sexos difiere entre muestras y poblaciones: por ejemplo, las presentaciones con síntomas negativos prominentes y una mayor duración del trastorno (asociadas con peores resultados) muestran tasas de incidencia más altas para los hombres, mientras que las definiciones que permiten la inclusión de más síntomas del estado de ánimo y presentaciones breves (asociadas con mejor resultado) muestran riesgos equivalentes para ambos sexos. Un gran estudio mundial, que se basó en una variedad de definiciones de esquizofrenia, no encontró diferencias en la prevalencia entre los sexos.

Desarrollo y evolución

Las características psicóticas requeridas en el diagnóstico de esquizofrenia suelen surgir entre finales de la adolescencia y mediados de los 30 años; el inicio antes de la adolescencia es raro. La edad máxima de aparición se produce entre los 20 y los 20 años en los hombres y hacia finales de los 20 años en las mujeres. El inicio puede ser abrupto o insidioso, pero la mayoría de los individuos manifiestan un desarrollo lento y gradual de una variedad de signos y síntomas clínicamente significativos, en particular retraimiento social, cambios emocionales y cambios cognitivos que producen un deterioro en el funcionamiento de los roles. La mitad de estos individuos presentan síntomas depresivos. El pronóstico está influenciado tanto por la duración como por la gravedad de la enfermedad y el sexo. Los hombres, especialmente aquellos con psicosis de larga duración antes del tratamiento y menor ajuste premórbido, tienen síntomas negativos más prominentes, deterioro cognitivo y, en general, peores resultados funcionales que las mujeres. Los déficits sociocognitivos pueden manifestarse durante el desarrollo y preceder a la aparición de la psicosis, adoptando la forma de deterioros estables durante la edad adulta, refractarios a los medicamentos antipsicóticos.

Machine Translated by Google

La evolución y el resultado de la esquizofrenia son heterogéneos y el pronóstico es incierto al inicio de la psicosis. Aunque la mayoría de las personas con esquizofrenia siguen siendo vulnerables a la exacerbación de los síntomas psicóticos y es común un curso crónico definido por los síntomas y el deterioro funcional, muchas personas experimentan períodos de remisión e incluso recuperación.
Según un metanálisis de 79 estudios longitudinales de primeros episodios de psicosis con más de 1 año de seguimiento, la tasa de remisión combinada (definida cualitativamente como síntomas leves o ausentes durante al menos 6 meses) para el primer episodio de esquizofrenia fue de 56 % y la tasa de recuperación combinada (definida cualitativamente como mejoría sintomática y funcional durante más de 2 años) fue del 30 %. Un metanálisis diferente de 50 estudios de individuos con esquizofrenia ampliamente definida (es decir, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, esquizoafectivo o delirante) encontró que la proporción media de individuos que cumplían con los criterios de recuperación (como máximo síntomas leves y mejoras en las relaciones sociales y/o funcionamiento ocupacional persistente durante al menos 2 años) fue del 13,5%. Existe una tendencia a reducir las experiencias psicóticas durante la vejez. Además de la psicosis, el deterioro cognitivo y la patología de los síntomas negativos son características centrales de la esquizofrenia, y el curso de estas características es diferente del de los síntomas psicóticos positivos. La cognición tiende a disminuir durante el desarrollo antes de la psicosis total y es relativamente estable a largo plazo. Los síntomas negativos, si están presentes durante el desarrollo, también tienden a ser rasgos relativamente estables a lo largo del tiempo. Los síntomas negativos que comienzan después del inicio de la psicosis son más variables y pueden reflejar causas secundarias. Se requiere cierto grado de cronicidad para un diagnóstico de esquizofrenia, y su evolución a largo plazo refleja la necesidad de atención de salud mental y apoyo vital en muchos individuos. Si bien la esquizofrenia generalmente no es un trastorno neurodegenerativo progresivo, los desafíos de la vida, los cambios en el estilo de vida y los síntomas persistentes pueden conducir a una disfunción progresiva en los casos crónicos más graves.

Las características esenciales de la esquizofrenia son las mismas en la infancia, pero es más difícil hacer el diagnóstico. En los niños, los delirios y las alucinaciones pueden ser menos elaborados que en los adultos, y las alucinaciones visuales son más comunes y deben distinguirse del juego de fantasía normal. El habla desorganizada ocurre en muchos trastornos que comienzan en la niñez (p. ej., trastorno del espectro autista), al igual que el comportamiento desorganizado (p. ej., trastorno por déficit de atención/hiperactividad).
Estos síntomas no deben atribuirse a la esquizofrenia.

sin la debida consideración de los trastornos más comunes de la infancia. Los casos que comienzan en la niñez tienden a parecerse a los casos de adultos con malos resultados, con inicio gradual y síntomas negativos prominentes. Los niños que posteriormente reciben el diagnóstico de esquizofrenia tienen más probabilidades de haber experimentado alteraciones y psicopatología emocional-conductual inespecíficas, alteraciones intelectuales y del lenguaje, y retrasos motores sutiles.

Los casos de aparición tardía (es decir, después de los 40 años) están sobrerrepresentados por mujeres que pueden haberse casado. A menudo, el curso se caracteriza por un predominio de síntomas psicóticos con preservación del afecto y el funcionamiento social. Estos casos de aparición tardía aún pueden cumplir los criterios diagnósticos de esquizofrenia, pero aún no está claro si se trata de la misma afección que la esquizofrenia diagnosticada antes de la mediana edad (p. ej., antes de los 55 años).

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La estación del nacimiento se ha relacionado con la incidencia de esquizofrenia, incluida la tardía.

Machine Translated by Google

invierno/principios de primavera en algunos lugares y verano para la forma deficitaria de la enfermedad. La incidencia de esquizofrenia y trastornos relacionados puede ser mayor para los niños que crecen en un entorno urbano, para los refugiados, para algunos grupos de inmigrantes y para los grupos socialmente oprimidos que enfrentan discriminación. Existe evidencia de que la privación social, la adversidad social y los factores socioeconómicos pueden estar asociados con mayores tasas de este trastorno. Entre las personas con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, la gravedad de los síntomas positivos y negativos parece estar correlacionada con la gravedad de las experiencias infantiles adversas, como el trauma y la negligencia. Se han documentado tasas más altas de esquizofrenia para algunos grupos étnicos y racializados cuando viven en áreas con menores proporciones de personas de la misma etnia o grupo racializado. Las razones de esto no están del todo claras, pero parecen estar relacionadas con varios factores, incluidos los siguientes: 1) mayores niveles de discriminación o miedo a la discriminación; 2) menos apoyo social y más estigmatización de las personas con esquizofrenia; 3) mayor aislamiento social; y 4) menor disponibilidad y acceso a explicaciones normalizadoras de experiencias perceptivas y creencias anormales informadas por personas con alto riesgo de desarrollar esquizofrenia.

Genético y fisiológico. Existe una fuerte contribución de los factores genéticos a la hora de determinar el riesgo de esquizofrenia, aunque la mayoría de las personas a las que se les ha diagnosticado esquizofrenia no tienen antecedentes familiares de psicosis. La responsabilidad la confiere un espectro de alelos de riesgo, comunes y raros, y cada alelo contribuye sólo con una pequeña fracción de la varianza total de la población. Los alelos de riesgo identificados hasta la fecha también están asociados con otros trastornos mentales, incluidos el trastorno bipolar, la depresión y el trastorno del espectro autista.

Las complicaciones del embarazo y el parto con hipoxia y mayor edad paterna se asocian con un mayor riesgo de esquizofrenia para el feto en desarrollo. Además, otras adversidades prenatales y perinatales, como el estrés, las infecciones, la desnutrición, la diabetes materna y otras afecciones médicas, se han relacionado con la esquizofrenia. Sin embargo, la gran mayoría de los descendientes con estos factores de riesgo no desarrollan esquizofrenia.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

La forma y el contenido de los síntomas de la esquizofrenia pueden variar entre culturas, incluidas las siguientes formas: la proporción relativa de alucinaciones visuales y auditivas (p. ej., si bien las alucinaciones auditivas tienden a ser más comunes que las alucinaciones visuales en todo el mundo, la proporción relativa de alucinaciones visuales puede ser particularmente mayor en algunas regiones que en otras); el contenido específico de los delirios (p. ej., persecutorios, grandiosos, somáticos) y alucinaciones (p. ej., de mando, abusivos, religiosos); y el nivel de miedo asociado con ellos.

Se deben considerar los factores culturales y socioeconómicos, particularmente cuando el individuo y el médico no comparten los mismos antecedentes culturales y socioeconómicos. Ideas que parecen delirantes en un contexto cultural (p. ej., mal de ojo, causar enfermedades mediante maldiciones, influencias de espíritus) pueden ser comunes en otros.

En algunos contextos culturales, las alucinaciones visuales o auditivas con contenido religioso (por ejemplo, escuchar la voz de Dios) son una parte normal de la experiencia religiosa. Además, la evaluación del habla desorganizada puede verse dificultada por la variación lingüística en los estilos narrativos entre culturas. La evaluación del afecto requiere sensibilidad a las diferencias en los estilos de expresión emocional.

Machine Translated by Google

expresión, contacto visual y lenguaje corporal, que varían según las culturas. Si la evaluación se realiza en un idioma diferente al idioma principal del individuo, se debe tener cuidado para garantizar que la alogia no esté relacionada con barreras lingüísticas. En ciertas culturas, la angustia puede tomar la forma de alucinaciones o pseudoalucinaciones e ideas sobrevaloradas que pueden presentarse clínicamente similares a la verdadera psicosis pero que son normativas para el subgrupo del individuo. Es más probable que el diagnóstico erróneo de esquizofrenia en individuos con trastornos del estado de ánimo con características psicóticas o con otros trastornos psiquiátricos ocurra en miembros de grupos étnicos y racializados desatendidos (en los Estados Unidos, especialmente entre los afroamericanos). Esto puede atribuirse a sesgos clínicos, racismo o discriminación que conducen a una calidad limitada de la información y una posible interpretación errónea de los síntomas.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Una serie de características distinguen la expresión clínica de la esquizofrenia en mujeres y hombres. La edad de inicio es más tardía en las mujeres, con un segundo pico en la mediana edad. Los síntomas tienden a estar más cargados de afecto entre las mujeres y hay más síntomas psicóticos, así como una mayor propensión a que los síntomas psicóticos empeoren en el futuro. Otras diferencias en los síntomas incluyen síntomas negativos menos frecuentes y desorganización. Finalmente, el funcionamiento social tiende a permanecer mejor preservado en las mujeres. Sin embargo, existen frecuentes excepciones a estas advertencias generales.

Se ha observado que los síntomas psicóticos empeoran durante el período premenstrual, cuando los niveles de estrógeno disminuyen; en consecuencia, se observan mayores tasas de ingreso psiquiátrico en mujeres con esquizofrenia justo antes y durante la menstruación. Los niveles más bajos de estrógeno resultantes de la menopausia pueden ser otro factor asociado con el segundo pico de aparición en mujeres de mediana edad. De manera similar, los síntomas psicóticos parecen mejorar durante el embarazo cuando los niveles de estrógeno son altos y empeoran nuevamente después del parto cuando los niveles de estrógeno caen precipitadamente.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

Aproximadamente entre el 5% y el 6% de los individuos con esquizofrenia mueren por suicidio, alrededor del 20% intenta suicidarse en una o más ocasiones y muchos más tienen ideas suicidas significativas. El comportamiento suicida a veces es una respuesta a alucinaciones de órdenes para hacerse daño a uno mismo o a otros. El riesgo de suicidio sigue siendo alto durante toda la vida para hombres y mujeres, aunque puede ser especialmente alto para hombres más jóvenes con consumo comórbido de sustancias. Otros factores de riesgo incluyen síntomas depresivos, desesperanza, estar desempleado, el período posterior a un episodio psicótico o al alta hospitalaria, el número de admisiones psiquiátricas, la proximidad al inicio de la enfermedad y la edad avanzada al inicio de la enfermedad. Una revisión sistemática y un metanálisis de estudios longitudinales encontraron que las probabilidades de conducta suicida durante el seguimiento después del primer episodio de psicosis eran mayores entre las personas con síntomas depresivos durante el primer episodio de psicosis en comparación con aquellos que no los tenían. Un metaanálisis de una gran cantidad de estudios sobre la relación de la esquizofrenia con la conducta suicida encontró que el abuso de alcohol, tabaco y drogas; depresión; número de hospitalizaciones; comorbilidad física; y los antecedentes familiares de depresión y conducta suicida aumentaron el riesgo de intento de suicidio. Los factores de riesgo de suicidio incluyeron sexo masculino, ser más joven, tener un coeficiente intelectual más alto, antecedentes de intentos, desesperanza y mala adherencia al tratamiento.

Consecuencias funcionales de la esquizofrenia

La esquizofrenia se asocia con una importante disfunción social y ocupacional. Entre

Machine Translated by Google

En las personas con esquizofrenia, los déficits en la capacidad de lectura son más graves de lo que sería

ser predicho por los deterioros cognitivos generales asociados con el trastorno. Dichos déficits pueden conceptualizarse como una dislexia secundaria o adquirida que subyace al deterioro académico observado en la esquizofrenia. El progreso educativo y el mantenimiento del empleo se ven frecuentemente afectados por la abulia u otras manifestaciones del trastorno, incluso cuando las habilidades cognitivas son suficientes para las tareas en cuestión. La mayoría de las personas tienen un empleo inferior al de sus padres y la mayoría, especialmente los hombres, no se casan o tienen contactos sociales limitados fuera de su familia.

Diagnóstico diferencial

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

Trastorno esquizoafectivo. Un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo requiere que ocurra un episodio maníaco o depresivo mayor al mismo tiempo que los síntomas de la fase activa y que los síntomas del estado de ánimo estén presentes durante la mayor parte de la duración total de los períodos activos.

Trastorno esquizofreniforme y trastorno psicótico breve. Estos trastornos tienen una duración más corta que la esquizofrenia, como se especifica en el Criterio C, que requiere 6 meses de síntomas. En el trastorno esquizofreniforme, la alteración está presente menos de seis meses, y en el trastorno psicótico breve, los síntomas están presentes al menos un día pero menos de un mes.

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

Trastorno esquizotípico de la personalidad. El trastorno esquizotípico de la personalidad se puede distinguir de la esquizofrenia por síntomas subumbrales que se asocian con rasgos de personalidad persistentes.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico corporal. Individuos con El trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno dismórfico corporal pueden presentarse con una percepción deficiente o ausente, y las preocupaciones pueden alcanzar proporciones delirantes. Pero estos trastornos se distinguen de la esquizofrenia por sus prominentes obsesiones, compulsiones, preocupaciones por la apariencia o el olor corporal, acaparamiento o conductas repetitivas centradas en el cuerpo.

Trastorno de estrés postraumático. El trastorno de estrés postraumático puede incluir flashbacks que tienen una cualidad alucinatoria y la hipervigilancia puede alcanzar proporciones paranoicas. Pero para hacer el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático se requieren un evento traumático y síntomas característicos relacionados con revivir o reaccionar ante el evento.

Trastorno del espectro autista o trastornos de la comunicación. Estos trastornos también pueden tener síntomas parecidos a un episodio psicótico, pero se distinguen por sus respectivos déficits en la capacidad social.

Machine Translated by Google

interacción con conductas repetitivas y restringidas y otros déficits cognitivos y de comunicación. Un individuo con trastorno del espectro autista o trastorno de la comunicación debe tener síntomas que cumplan todos los criterios de esquizofrenia, con alucinaciones o delirios prominentes durante al menos 1 mes, para que se le diagnostique esquizofrenia como una condición comórbida.

Otros trastornos mentales asociados con un episodio psicótico. El diagnóstico de esquizofrenia se realiza sólo cuando el episodio psicótico es persistente y no atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica. Los individuos con delirio o trastorno neurocognitivo mayor o menor pueden presentar síntomas psicóticos,

pero estos tendrían una relación temporal con la aparición de cambios cognitivos consistentes con esos trastornos.

Trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos. Los individuos con trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos pueden presentar síntomas característicos del Criterio A para la esquizofrenia, pero el trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos generalmente puede distinguirse por la relación cronológica del consumo de sustancias con el inicio y la remisión de la psicosis en el ausencia de consumo de sustancias.

Comorbilidad Las tasas de comorbilidad con trastornos relacionados con sustancias son altas en la esquizofrenia. Más de la mitad de las personas con esquizofrenia padecen un trastorno por consumo de tabaco y fuman cigarrillos con regularidad. La comorbilidad con los trastornos de ansiedad es cada vez más reconocida en la esquizofrenia. Las tasas de trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de pánico son elevadas en personas con esquizofrenia en comparación con la población general. El trastorno de personalidad esquizotípico o paranoide a veces puede preceder a la aparición de la esquizofrenia.

La esperanza de vida se reduce en personas con esquizofrenia debido a condiciones médicas asociadas. El aumento de peso, la diabetes, el síndrome metabólico y las enfermedades cardiovasculares y pulmonares son más comunes en la esquizofrenia que en la población general. La mala participación en conductas de mantenimiento de la salud (p. ej., detección de cáncer, ejercicio) aumenta el riesgo de enfermedades crónicas, pero otros factores del trastorno, incluidos los medicamentos, el estilo de vida, el tabaquismo y la dieta, también pueden influir. Una vulnerabilidad compartida a la psicosis y las afecciones médicas puede explicar parte de la comorbilidad médica de la esquizofrenia.

Trastorno esquizoafectivo

Criterios de diagnóstico

A. Un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual hay un episodio anímico importante (depresivo mayor o maníaco) concurrente con el Criterio A de esquizofrenia.

Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: Estado de ánimo deprimido.

Machine Translated by Google

B. Delirios o alucinaciones durante 2 o más semanas en ausencia de un episodio afectivo importante (depresivo o maníaco) durante la vida de la enfermedad.

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

D. La alteración no es atribuible a los efectos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica.

Especifique si: F25.0

Tipo bipolar: este subtipo se aplica si un episodio maníaco es parte de la presentación. También pueden ocurrir episodios depresivos mayores.

F25.1 Tipo depresivo: este subtipo se aplica si solo los episodios depresivos mayores son parte de la presentación.

Especificar

si: Con catatonia (consulte los criterios de catatonia asociada con otro trastorno mental, p. 135, para su definición).

Nota de codificación: utilice el código adicional F06.1 catatonia asociada con trastorno esquizoafectivo para indicar la presencia de catatonia comórbida.

Especifique

si: Los siguientes especificadores de curso solo deben usarse después de un año de duración del trastorno y si no contradicen los criterios de curso de diagnóstico.

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: Primera manifestación del trastorno que cumple con el síntoma diagnóstico definitorio y los criterios de tiempo. Un episodio agudo es un período de tiempo en el que se cumplen los criterios de los síntomas.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: La remisión parcial es un período de tiempo durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios definitorios del trastorno solo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: la remisión completa es un período de tiempo después de un episodio anterior durante el cual no se presentan síntomas específicos del trastorno.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Se pueden determinar episodios múltiples después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recaída).

Múltiples episodios, actualmente en remisión parcial Múltiples

episodios, actualmente en remisión total Continuo: los

síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno persisten durante la mayor parte del curso de la enfermedad, siendo los períodos de síntomas subumbrales muy breves en relación con el curso general.

Sin especificar

Especifique la gravedad actual:

Machine Translated by Google

La gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de la psicosis, incluidos delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas puede clasificarse según su gravedad actual (más grave en los últimos 7 días) en una escala de 5 puntos que va de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Ver Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis calificadas por el médico en el capítulo “Medidas de evaluación”).

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

Características diagnósticas El

diagnóstico del trastorno esquizoafectivo se basa en la evaluación de un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual el individuo continúa mostrando síntomas activos o residuales de enfermedad psicótica. El diagnóstico suele realizarse, aunque no necesariamente, durante el período de la enfermedad psicótica. En algún momento durante el período, se debe cumplir el Criterio A para esquizofrenia.
No es necesario cumplir los criterios B (disfunción social), C (duración de 6 meses) y F (exclusión del trastorno del espectro autista u otro trastorno de la comunicación de inicio en la infancia) para la esquizofrenia. Además de cumplir el Criterio A para la esquizofrenia, existe un episodio anímico importante (depresivo mayor o maníaco) (Criterio A para el trastorno esquizoafectivo). Debido a que la pérdida de interés o placer es común en la esquizofrenia, para cumplir el Criterio A para el trastorno esquizoafectivo, el episodio depresivo mayor debe incluir un estado de ánimo deprimido generalizado (es decir, la presencia de un interés o placer marcadamente disminuido no es suficiente). Los episodios de depresión o manía están presentes durante la mayor parte de la duración total de la enfermedad (es decir, después de que se ha cumplido el Criterio A) (Criterio C para el trastorno esquizoafectivo). Para separar el trastorno esquizoafectivo de un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, los delirios o alucinaciones deben estar presentes durante al menos 2 semanas en ausencia de un episodio afectivo importante (depresivo o maníaco) en algún momento durante la duración de la enfermedad (Criterio B para trastorno esquizoafectivo). Los síntomas no deben ser atribuibles a los efectos de una sustancia u otra condición médica (Criterio D para el trastorno esquizoafectivo).

El criterio C para el trastorno esquizoafectivo especifica que los síntomas del estado de ánimo que cumplan los criterios de un episodio del estado de ánimo importante deben estar presentes durante la mayor parte de la duración total de la parte activa y residual de la enfermedad. El criterio C requiere la evaluación de los síntomas del estado de ánimo durante todo el curso de la vida de una enfermedad psicótica. Si los síntomas del estado de ánimo están presentes

sólo durante un período relativamente breve, el diagnóstico es esquizofrenia, no trastorno esquizoafectivo.
Al decidir si la presentación de un individuo cumple el Criterio C, el médico debe revisar la duración total de la enfermedad psicótica (es decir, tanto los síntomas activos como los residuales) y determinar cuándo aparecen síntomas significativos del estado de ánimo (sin tratamiento o con necesidad de tratamiento con antidepresivos y/o estabilizadores del estado de ánimo). medicación) acompañaron los síntomas psicóticos. Esta determinación requiere suficiente información histórica y juicio clínico. Por ejemplo, un individuo con una historia de 4 años de síntomas activos y residuales de esquizofrenia desarrolla episodios depresivos y maníacos que, en conjunto, no ocupan más de 1 año durante los 4 años.

Machine Translated by Google

Año de historia de enfermedad psicótica. Esta presentación no cumpliría el Criterio C.

Además de las cinco áreas de dominio de síntomas identificadas en los criterios de diagnóstico, la evaluación de los dominios de síntomas de cognición, depresión y manía es vital para hacer distinciones de importancia crítica entre los diversos espectros de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Funciones asociadas

El funcionamiento laboral y social suele verse afectado, pero éste no es un criterio definitorio (a diferencia de la esquizofrenia). El contacto social restringido y las dificultades con el autocuidado se asocian con el trastorno esquizoafectivo, pero los síntomas negativos pueden ser menos graves y menos persistentes que los observados en la esquizofrenia. La anosognosia (es decir, falta de insight) también es común en el trastorno esquizoafectivo, pero los déficits de insight pueden ser menos graves y generalizados que los de la esquizofrenia.
Las personas con trastorno esquizoafectivo pueden tener un mayor riesgo de desarrollar episodios posteriores de trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar si los síntomas del estado de ánimo continúan después de la remisión de los síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia. Puede haber trastornos asociados relacionados con el alcohol y otras sustancias.

No existen pruebas ni medidas biológicas que puedan brindar asistencia definitiva para realizar el diagnóstico del trastorno esquizoafectivo. Las pruebas neuropsicológicas suelen mostrar déficits cognitivos en áreas como la función ejecutiva, la memoria verbal y la velocidad de procesamiento, y estos pueden ser menos pronunciados que en la esquizofrenia. El trastorno esquizoafectivo a menudo se caracteriza por una pérdida de volumen de materia gris en las imágenes cerebrales, de forma muy similar a la esquizofrenia.

Predominio

El trastorno esquizoafectivo parece ser aproximadamente un tercio más común que la esquizofrenia. Se estimó que la prevalencia del trastorno esquizoafectivo a lo largo de la vida era del 0,3% en una muestra finlandesa y es mayor en mujeres que en hombres cuando se utilizaron los criterios de diagnóstico del DSM-IV. Se esperaría que esta tasa fuera menor debido al requisito más estricto del Criterio C del DSM-5 (es decir, los síntomas del estado de ánimo que cumplan los criterios para un episodio de estado de ánimo importante deben estar presentes durante la mayor parte de la duración total de la porción activa y residual del episodio). enfermedad).

Desarrollo y curso La edad típica de

aparición del trastorno esquizoafectivo es la edad adulta temprana, aunque el inicio puede ocurrir en cualquier momento desde la adolescencia hasta una etapa avanzada de la vida. Un número significativo de personas a las que se les diagnostica otra enfermedad psicótica inicialmente recibirán el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo más tarde, cuando el patrón de los episodios del estado de ánimo se haya vuelto más evidente, mientras que a otros se les puede diagnosticar trastornos del estado de ánimo antes de que se detecten síntomas psicóticos independientes.

Por el contrario, algunas personas tendrán un cambio en el diagnóstico de un trastorno esquizoafectivo a un trastorno del estado de ánimo o a esquizofrenia con el tiempo. Un cambio en el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo a esquizofrenia fue más común que un cambio a trastorno del estado de ánimo

según los criterios del DSM-IV, y se espera que esa diferencia sea más pronunciada según el DSM-5, ya que el Criterio C actual para el trastorno esquizoafectivo se ha vuelto más estricto y requiere que los síntomas del estado de ánimo estén presentes durante la mayor parte de la enfermedad en comparación con el DSM-IV. Definición IV, que sólo requería que los síntomas del estado de ánimo estuvieran presentes durante una parte "sustancial". El

Machine Translated by Google

El pronóstico del trastorno esquizoafectivo es algo mejor que el de la esquizofrenia, pero peor que el de los trastornos del estado de ánimo.

El trastorno esquizoafectivo puede ocurrir en una variedad de patrones temporales. El siguiente es un patrón típico: un individuo puede tener alucinaciones auditivas pronunciadas y delirios de persecución durante 2 meses antes del inicio de un episodio depresivo mayor prominente. Los síntomas psicóticos y el episodio depresivo mayor completo están presentes durante 4 meses. Luego, el individuo se recupera completamente del episodio depresivo mayor, pero los síntomas psicóticos persisten durante un mes más antes de que también desaparezcan. Durante este período de enfermedad, los síntomas del individuo cumplieron simultáneamente los criterios de un episodio depresivo mayor y el Criterio A de esquizofrenia, y durante este mismo período de enfermedad, estuvieron presentes alucinaciones auditivas y delirios tanto antes como después de la fase depresiva. El período total de la enfermedad duró aproximadamente 7 meses, con síntomas psicóticos solo presentes durante los 2 meses iniciales, síntomas tanto depresivos como psicóticos presentes durante los siguientes 4 meses, y síntomas psicóticos solo presentes durante el último mes. En este caso, el episodio depresivo estuvo presente durante la mayor parte de la duración total del trastorno psicótico y, por lo tanto, la presentación califica para un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.

La relación temporal entre los síntomas del estado de ánimo y los síntomas psicóticos a lo largo de la vida es variable. Los síntomas depresivos o maníacos pueden ocurrir antes del inicio de la psicosis, durante episodios psicóticos agudos, durante períodos residuales y después del cese de la psicosis. Por ejemplo, un individuo puede presentar síntomas afectivos prominentes durante la etapa prodrómica de la esquizofrenia. Este patrón no es necesariamente indicativo de un trastorno esquizoafectivo, ya que lo que constituye el diagnóstico es la coexistencia de síntomas psicóticos y del estado de ánimo. Para un individuo con síntomas que cumplen claramente los criterios de trastorno esquizoafectivo pero que en un seguimiento posterior sólo presenta síntomas psicóticos residuales (como psicosis subumbral y/o síntomas negativos prominentes), el diagnóstico puede cambiarse a esquizofrenia, ya que el total La proporción de enfermedades psicóticas en comparación con los síntomas del estado de ánimo se vuelve más prominente. El trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar puede ser más común en adultos jóvenes, mientras que el trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo puede ser más común en adultos mayores.

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico. Entre las personas con esquizofrenia, puede haber un mayor riesgo de trastorno esquizoafectivo en familiares de primer grado. El riesgo de trastorno esquizoafectivo también puede aumentar entre personas que tienen un familiar de primer grado con trastorno bipolar o trastorno esquizoafectivo en sí. Las firmas genéticas moleculares compuestas conocidas como puntuaciones de riesgo poligénico para la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor pueden estar elevadas en el trastorno esquizoafectivo.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Se deben considerar los factores culturales y socioeconómicos, particularmente cuando el individuo y el médico no comparten los mismos antecedentes culturales y económicos. Ideas que parecen delirantes en un contexto cultural (p. ej., mal de ojo, causar enfermedades mediante maldiciones, influencias de espíritus) pueden ser comunes en otros. También hay alguna evidencia en la literatura de que las poblaciones afroamericanas e hispanas cuyos síntomas cumplen con los criterios del trastorno esquizoafectivo tienen más probabilidades de ser diagnosticadas con esquizofrenia. Para mitigar el impacto del médico

Machine Translated by Google

sesgo, se debe tener cuidado para garantizar una evaluación integral que incluya síntomas psicóticos y del estado de ánimo.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas El riesgo de suicidio a lo

largo de la vida por esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo es del 5%, y la presencia de síntomas depresivos se correlaciona con un mayor riesgo de suicidio. Hay evidencia de que las tasas de suicidio son más altas en las poblaciones de América del Norte que en las poblaciones de personas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo de Europa, Europa del Este, América del Sur e India.

Consecuencias funcionales del trastorno esquizoafectivo El trastorno esquizoafectivo se

asocia con una disfunción global, incluso en los ámbitos social y ocupacional, pero la disfunción no es un criterio de diagnóstico (como lo es para la esquizofrenia) y existe una variabilidad sustancial entre los individuos diagnosticados con trastorno esquizoafectivo.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales y condiciones médicas. Una amplia variedad de afecciones médicas y psiquiátricas pueden manifestarse con síntomas psicóticos y del estado de ánimo y deben considerarse en el diagnóstico diferencial del trastorno esquizoafectivo. Estos incluyen delirio; trastorno neurocognitivo mayor; trastorno psicótico o trastorno neurocognitivo inducido por sustancias/medicamentos; trastornos bipolares, con características psicóticas; trastorno depresivo mayor, con características psicóticas; trastornos depresivos o bipolares, con características catatónicas; trastorno de personalidad esquizotípico, esquizoide o paranoide; trastorno psicótico breve; trastorno esquizofreniforme; esquizofrenia; desorden delirante; y otros espectros de esquizofrenia especificados y no especificados y otros trastornos psicóticos.

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

Esquizofrenia, trastornos bipolares y depresivos. A menudo resulta difícil distinguir el trastorno esquizoafectivo de la esquizofrenia y de los trastornos depresivos y bipolares con características psicóticas. El Criterio C está diseñado para separar el trastorno esquizoafectivo de la esquizofrenia, y el Criterio B está diseñado para distinguir el trastorno esquizoafectivo de un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas. Más específicamente, el trastorno esquizoafectivo se puede distinguir de un trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas basándose en la presencia de delirios y/o alucinaciones prominentes durante al menos 2 semanas en ausencia de un episodio afectivo importante. Por el contrario, en el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, las características psicóticas sólo ocurren durante los episodios del estado de ánimo. Debido a que la proporción relativa entre el estado de ánimo y los síntomas psicóticos puede cambiar con el tiempo, el diagnóstico apropiado puede cambiar desde y hacia el trastorno esquizoafectivo. (Por ejemplo, un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo para un episodio depresivo mayor grave y prominente que dura 4 meses durante los primeros 6 meses de una enfermedad psicótica crónica se cambiaría a esquizofrenia si los síntomas psicóticos activos o los síntomas residuales prominentes persisten durante varios años sin recurrencia de otro episodio del estado de ánimo). Lograr una mayor claridad sobre la proporción relativa del estado de ánimo con respecto a los síntomas psicóticos a lo largo del tiempo y sobre

Machine Translated by Google

su concurrencia puede requerir información colateral de registros médicos y de informantes.

Comorbilidad A

muchas personas diagnosticadas con trastorno esquizoafectivo también se les diagnostica otros trastornos mentales, especialmente trastornos por uso de sustancias y trastornos de ansiedad. De manera similar, la incidencia de afecciones médicas, incluido el síndrome metabólico, aumenta por encima de la tasa base para la población general y conduce a una disminución de la esperanza de vida.

Trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos

Criterios de diagnóstico

A. Presencia de uno o ambos de los siguientes síntomas:

1. Delirios.
2. Alucinaciones.

B. Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de (1) y (2): 1. Los síntomas del Criterio A se

desarrollaron durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición o la abstinencia de un medicamento. .

2. La sustancia/medicamento involucrado es capaz de producir los síntomas en Criterio A.

C. La alteración no se explica mejor por un trastorno psicótico que no sea inducido por sustancias o medicamentos. Dicha evidencia de un trastorno psicótico independiente podría incluir lo siguiente:

Los síntomas precedieron al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período de tiempo sustancial (p. ej., aproximadamente 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o de la intoxicación grave; o hay otra evidencia de un trastorno psicótico independiente no inducido por sustancias o medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias o medicamentos).

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Este diagnóstico debe realizarse en lugar de un diagnóstico de intoxicación o abstinencia de sustancias sólo cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean lo suficientemente graves como para justificar atención clínica.

Machine Translated by Google

Nota de codificación: La CIE-10-MC codifica la enfermedad inducida por [sustancia/medicamento específico].
Los trastornos psicóticos se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM
depende de si existe o no un trastorno comórbido por uso de sustancias presente durante
la misma clase de sustancia. En cualquier caso, un diagnóstico adicional por separado de un
No se da el trastorno por uso de sustancias. Si un trastorno leve por uso de sustancias es comórbido
con el trastorno psicótico inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es “1” y
el médico debe registrar el “trastorno leve por consumo de [sustancias]” antes del trastorno psicótico inducido por
sustancias (p. ej., “trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno psicótico inducido por cocaína”).
desorden psicotico"). Si un trastorno por uso de sustancias moderado o grave es comórbido
con el trastorno psicótico inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es “2” y
el médico debe registrar “trastorno por consumo de [sustancias] moderado” o “trastorno por uso grave”
Trastorno por uso de [sustancias]”, dependiendo de la gravedad del uso comórbido de sustancias.
trastorno. Si no hay ningún trastorno comórbido por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo intenso de una sola vez)
uso de la sustancia), entonces el carácter de la cuarta posición es “9” y el médico debe
registre sólo el trastorno psicótico inducido por sustancias.

	CIE-10-CM		
	Con uso suave trastorno	Con moderada o trastorno de consumo severo	Sin uso trastorno
Alcohol	F10.159	F10.259	F10.959
Canabis	F12.159	F12.259	F12.959
fenciclidina	F16.159	F16.259	F16.959
Otro alucinógeno	F16.159	F16.259	F16.959
Inhalador	F18.159	F18.259	F18.959
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.	F13.159	F13.259	F13.959
Sustancia tipo anfetamina (u otra estimulante)	F15.159	F15.259	F15.959
Cocaína	F14.159	F14.259	F14.959
Otra sustancia (o desconocida)	F19.159	F19.259	F19.959

Especifique (consulte la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias”)
que indica si “con inicio durante la intoxicación” y/o “con inicio durante la intoxicación”
abstinencia” se aplica a una determinada clase de sustancia; o especificar “con inicio después
uso de medicamentos”):

Con inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios para la intoxicación con el
sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la retirada: Si se cumplen los criterios para la retirada del
sustancia y los síntomas se desarrollan durante o poco después de la abstinencia.

Con inicio después del uso de medicamentos: si los síntomas se desarrollaron al inicio del tratamiento.
medicación, con un cambio en el uso de la medicación o durante la retirada de la misma.
medicamento.

Machine Translated by Google

Especifique la gravedad actual:

la gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de la psicosis, incluidos delirios, alucinaciones, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas puede clasificarse según su gravedad actual (más grave en los últimos 7 días) en una escala de 5 puntos que va de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Ver Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis calificadas por el médico en el capítulo “Medidas de evaluación”).

Nota: El diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos se puede realizar sin utilizar este especificador de gravedad.

Procedimientos de registro El

nombre del trastorno psicótico inducido por sustancia/medicamento comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se presume está causando los delirios o alucinaciones. El código de diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de fármaco y la presencia o ausencia de un trastorno comórbido por uso de sustancias. Para sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se debe utilizar el código para “otra sustancia (o sustancia desconocida)”; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, también se deberá utilizar el mismo código.

Al registrar el nombre del trastorno, el trastorno comórbido por uso de sustancias (si lo hay) aparece primero, seguido de la palabra "con", seguido del nombre del trastorno psicótico inducido por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). Por ejemplo, en el caso de delirios que ocurren durante la intoxicación en un hombre con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.259 trastorno grave por consumo de cocaína con trastorno psicótico inducido por cocaína, que comienza durante la intoxicación. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno comórbido grave por consumo de cocaína. Si el trastorno psicótico inducido por sustancias ocurre sin un trastorno comórbido por uso de sustancias (p. ej., después de un consumo intenso de la sustancia en una sola ocasión), no se observa ningún trastorno por uso de sustancias acompañante (p. ej., F16.959 trastorno psicótico inducido por fenciclidina, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia desempeña un papel importante en el desarrollo de síntomas psicóticos, cada una debe enumerarse por separado (p. ej., F12.259 trastorno grave por consumo de cannabis con trastorno psicótico inducido por cannabis, que comienza durante la intoxicación; F16.159 leve trastorno por consumo de fenciclidina con trastorno psicótico inducido por fenciclidina, que comienza durante la intoxicación).

Características diagnósticas Las

características esenciales del trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos son delirios y/o alucinaciones prominentes (Criterio A) que se consideran debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia o medicamento (es decir, una droga de abuso, un medicamento, o una exposición a toxinas)
(Criterio B). Las alucinaciones que el individuo se da cuenta de que son inducidas por sustancias o medicamentos no se incluyen aquí y, en cambio, se diagnosticarían como intoxicación o abstinencia de sustancias con el especificador adjunto "con alteraciones de la percepción" (se aplica al alcohol).

Machine Translated by Google

retiro; intoxicación por cannabis; abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; e intoxicación por estimulantes).

Un trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos se distingue de un trastorno psicótico independiente considerando el inicio, el curso y otros factores. Para las drogas de abuso, debe haber evidencia de la historia, el examen físico o los resultados de laboratorio del uso de sustancias, la intoxicación o la abstinencia. Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias/medicamentos surgen durante o poco después de la exposición o la abstinencia de un medicamento o después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia, pero pueden persistir durante semanas, mientras que los trastornos psicóticos independientes pueden preceder al inicio del consumo de sustancias/medicamentos o pueden ocurrir durante momentos de abstinencia sostenida. Una vez iniciados, los síntomas psicóticos pueden continuar mientras continúe el uso de sustancias/medicamentos. Otra consideración es la presencia de características que son atípicas de un trastorno psicótico independiente (p. ej., edad atípica de inicio o evolución). Por ejemplo, la aparición de delirios de novo en un hombre mayor de 35 años sin antecedentes conocidos de un trastorno psicótico independiente debería sugerir la posibilidad de un trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos. Incluso una historia previa de un trastorno psicótico independiente no descarta la posibilidad de un trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos. Por el contrario, los factores que sugieren que los síntomas psicóticos se explican mejor por un trastorno psicótico independiente incluyen la persistencia de los síntomas psicóticos durante un período de tiempo sustancial (es decir, un mes o más) después del final de la intoxicación por sustancias o de la abstinencia aguda de sustancias o después de cese del uso de medicamentos; o antecedentes de trastornos psicóticos independientes recurrentes previos. Se deben considerar otras causas de síntomas psicóticos incluso en un individuo con intoxicación o abstinencia de sustancias, porque los problemas de uso de sustancias no son infrecuentes entre personas con trastornos psicóticos no inducidos por sustancias o medicamentos.

Además de las dos áreas de dominio de síntomas identificadas en los criterios de diagnóstico (es decir, delirios y alucinaciones), la evaluación de los dominios de síntomas de cognición, depresión y manía es vital para hacer distinciones de importancia crítica entre los diversos espectros de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Funciones asociadas

Los trastornos psicóticos pueden ocurrir en asociación con la intoxicación por las siguientes clases de sustancias: alcohol; canabis; alucinógenos, incluida fenciclidina y sustancias relacionadas; inhalantes; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes (incluida la cocaína); y otras sustancias (o desconocidas). Los trastornos psicóticos pueden ocurrir en asociación con la abstinencia de las siguientes clases de sustancias: alcohol; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; y otras sustancias (o desconocidas).

Algunos de los medicamentos que provocan síntomas psicóticos incluyen anestésicos y analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivos, antihistamínicos, medicamentos antihipertensivos y cardiovasculares, medicamentos antimicrobianos, medicamentos antiparkinsonianos, agentes quimioterapéuticos (p. ej., ciclosporina, procarbazina), corticosteroides, medicamentos gastrointestinales, relajantes musculares, medicamentos antiinflamatorios no esteroides, otros medicamentos de venta libre (p. ej., fenilefrina, pseudoefedrina), medicamentos antidepresivos y disulfiram. Las toxinas que inducen síntomas psicóticos incluyen anticolinesterasa,

Machine Translated by Google

insecticidas organofosforados, sarín y otros gases nerviosos, monóxido de carbono, dióxido de carbono y sustancias volátiles como combustible o pintura.

Predominio

Se desconoce la prevalencia del trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos en la población general. Se informa que entre el 7% y el 25% de las personas que presentan un primer episodio de psicosis en diferentes entornos tienen un trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos.

Desarrollo y evolución

El inicio de los síntomas psicóticos puede variar considerablemente según la sustancia. Por ejemplo, fumar una dosis alta de cocaína puede producir psicosis en cuestión de minutos, mientras que pueden ser necesarios días o semanas de consumo de dosis altas de alcohol o sedantes para producir psicosis. El trastorno psicótico inducido por el alcohol, con alucinaciones, generalmente ocurre sólo después de una ingestión intensa y prolongada de alcohol en personas que tienen un trastorno por consumo de alcohol de moderado a grave, y las alucinaciones generalmente son de naturaleza auditiva.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias tipo anfetamina y cocaína comparten características clínicas similares. Los delirios de persecución pueden desarrollarse rápidamente poco después del uso de anfetamina o un simpaticomimético de acción similar. La alucinación de insectos o bichos que se arrastran dentro o debajo de la piel (formicación) puede provocar rascados y excoriaciones extensas en la piel. El trastorno psicótico inducido por el cannabis puede desarrollarse poco después del consumo de dosis altas de cannabis y generalmente implica delirios de persecución, ansiedad marcada, labilidad emocional y despersonalización. El trastorno suele remitir en un día, pero en algunos casos puede persistir más tiempo.

El trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos puede persistir en ocasiones cuando se elimina el agente causante, de modo que al principio puede resultar difícil distinguirlo de un trastorno psicótico independiente. Se ha informado que agentes como sustancias tipo anfetamina, fenciclidina y cocaína provocan estados psicóticos temporales que a veces pueden persistir durante semanas o más a pesar de la eliminación del agente y el tratamiento con neurolépticos. En la vejez, la polifarmacia para afecciones médicas y la exposición a medicamentos para el parkinsonismo, enfermedades cardiovasculares y otros trastornos médicos pueden asociarse con una mayor probabilidad de psicosis inducida por medicamentos recetados en comparación con sustancias de abuso.

Según datos de un estudio de registro danés que siguió longitudinalmente casos de psicosis inducida por sustancias durante 20 años, aproximadamente un tercio (32%) de las personas con psicosis inducida por sustancias son diagnosticados posteriormente con un trastorno del espectro de la esquizofrenia (26%) o una trastorno bipolar (8%), con la tasa más alta (44%) de trastorno psicótico inducido por cannabis.

Marcadores de diagnóstico

Con sustancias para las cuales se dispone de niveles sanguíneos relevantes (p. ej., nivel de alcohol en sangre, otros niveles sanguíneos cuantificables como digoxina), la presencia de un nivel consistente con toxicidad puede aumentar la certeza del diagnóstico.

Consecuencias funcionales de los psicóticos inducidos por sustancias o medicamentos Trastorno

Machine Translated by Google

El trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos suele ser gravemente incapacitante y, en consecuencia, se observa con mayor frecuencia en los departamentos de emergencia, ya que los individuos suelen ser llevados al entorno de cuidados intensivos cuando ocurre. Sin embargo, la discapacidad suele ser autolimitada y se resuelve con la eliminación del agente infractor.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias. Las personas intoxicadas con estimulantes, cannabis, el opioide meperidina o fenciclidina, o quienes se abstienen del alcohol o los sedantes, pueden experimentar percepciones alteradas que reconocen como efectos de las drogas. Si la prueba de la realidad para estas experiencias permanece intacta (es decir, el individuo reconoce que la percepción es inducida por una sustancia y no cree en ella ni actúa en consecuencia), el diagnóstico no es un trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos. En cambio, se diagnostica intoxicación o abstinencia de sustancias, con alteraciones de la percepción (p. ej., intoxicación por cocaína, con alteraciones de la percepción). Las alucinaciones de “flashback” que pueden ocurrir mucho después de que se haya dejado de usar alucinógenos se diagnostican como trastorno de percepción persistente de alucinógenos. Si los síntomas psicóticos inducidos por sustancias o medicamentos ocurren exclusivamente durante el curso de un delirio, como en las formas graves de abstinencia de alcohol, los síntomas psicóticos se consideran una característica asociada del delirio y no se diagnostican por separado. Los delirios en el contexto de un trastorno neurocognitivo mayor o leve se diagnosticarían como trastorno neurocognitivo mayor o leve, con alteración del comportamiento.

Trastorno psicótico independiente. Un trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos se distingue de un trastorno psicótico independiente, como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve, otro espectro de esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico, o el espectro de esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico, por el hecho de que se considere que una sustancia está etiológicamente relacionada con los síntomas.

Trastorno psicótico debido a otra condición médica. Un trastorno psicótico inducido por sustancias/ medicamentos debido a un tratamiento prescrito para un trastorno mental o afección médica debe aparecer mientras el individuo recibe el medicamento (o durante la abstinencia, si hay un síndrome de abstinencia asociado con el medicamento). Debido a que las personas con afecciones médicas a menudo toman medicamentos para esas afecciones, el médico debe considerar la posibilidad de que los síntomas psicóticos sean causados por las consecuencias fisiológicas de la afección médica en sí y no por la medicación, en cuyo caso se diagnostica un trastorno psicótico debido a otra afección médica. . La historia proporciona a menudo la base principal para tal juicio. En ocasiones, puede ser necesario un cambio en el tratamiento de la afección médica (p. ej., sustitución o interrupción del medicamento) para determinar empíricamente para ese individuo si el medicamento es el agente causal. Si el médico ha determinado que la alteración es atribuible tanto a una afección médica como al uso de sustancias o medicamentos, se pueden dar ambos diagnósticos (es decir, trastorno psicótico debido a otra afección médica y trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos).

Otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otros trastornos psicóticos. El Los síntomas psicóticos incluidos en el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos se limitan a delirios o alucinaciones. individuos con otros

Machine Translated by Google

Los síntomas psicóticos inducidos por sustancias (p. ej., comportamiento desorganizado o catatónico; habla desorganizada; incoherencia o contenido irracional) deben clasificarse en la categoría de otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otros trastornos psicóticos.

Trastorno psicótico debido a otra afección médica

Criterios de diagnóstico

A. Alucinaciones o delirios prominentes.

B. Existe evidencia a partir de la anamnesis, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

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

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Codificar según el síntoma predominante: F06.2

Con delirios: Si los delirios son el síntoma predominante.

F06.0 Con alucinaciones: Si las alucinaciones son el síntoma predominante.

Nota de codificación: incluya el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., F06.2 trastorno psicótico debido a una neoplasia pulmonar maligna, con delirios). La otra afección médica debe codificarse y enumerarse por separado inmediatamente antes del trastorno psicótico debido a la afección médica (p. ej., C34.90 neoplasia pulmonar maligna; F06.2 trastorno psicótico debido a neoplasia pulmonar maligna, con delirios).

Especifique la gravedad

actual: la gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de la psicosis, incluidos delirios, alucinaciones, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas puede clasificarse según su gravedad actual (más grave en los últimos 7 días) en una escala de 5 puntos que va de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Ver Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis calificadas por el médico en el capítulo “Medidas de evaluación”).

Nota: El diagnóstico de trastorno psicótico debido a otra afección médica se puede realizar sin utilizar este especificador de gravedad.

Especificadores

Además de las áreas de dominio de síntomas identificadas en los criterios de diagnóstico, la evaluación de los dominios de síntomas de cognición, depresión y manía es vital para hacer distinciones de importancia crítica entre los diversos espectros de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Machine Translated by Google

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno psicótico debido a otra afección médica son delirios o alucinaciones prominentes que se consideran atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica y que no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., los síntomas no son una consecuencia psicológica). respuesta mediada a una condición médica grave, en cuyo caso sería apropiado un diagnóstico de trastorno psicótico breve, con un marcado factor estresante).

Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (es decir, visual, olfativa, gustativa, táctil o auditiva), pero es probable que ciertos factores etiológicos evoquen fenómenos alucinatorios específicos. Las alucinaciones olfativas sugieren, por ejemplo, epilepsia del lóbulo temporal. Las alucinaciones pueden variar desde simples e informes hasta muy complejas y organizadas, dependiendo de factores etiológicos y ambientales. El trastorno psicótico debido a otra afección médica generalmente no se diagnostica si el individuo mantiene pruebas de realidad para detectar las alucinaciones y aprecia que son el resultado de la afección médica. Los delirios pueden tener una variedad de temas, incluidos los somáticos, grandiosos, religiosos y, más comúnmente, persecutorios. Sin embargo, en general, las asociaciones entre delirios y condiciones médicas particulares parecen ser menos específicas que en el caso de las alucinaciones.

Aunque no existen pautas infalibles para determinar si el trastorno psicótico es etiológicamente atribuible a otra afección médica, tres consideraciones pueden proporcionar alguna orientación: plausibilidad biológica, temporalidad y tipicidad. En primer lugar, se debe identificar (plausibilidad biológica) la presencia de una afección médica que tiene el potencial de causar síntomas psicóticos a través de un supuesto mecanismo fisiológico (p. ej., infección generalizada grave; porfiria; lupus; epilepsia del lóbulo temporal). La segunda consideración es si existe una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la afección médica y la del trastorno psicótico (temporalidad). La tercera consideración a favor de una etiología médica de los síntomas psicóticos es la presencia de características que serían atípicas de un trastorno psicótico independiente (p. ej., edad atípica de inicio, presencia de alucinaciones visuales u olfativas) (tipicidad). Por último, es necesario considerar y descartar causas de los síntomas psicóticos distintas de los efectos fisiológicos de una afección médica (p. ej., trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, síntomas psicóticos que aparecen como efectos secundarios del tratamiento de la afección médica).

La asociación temporal del inicio o exacerbación de la afección médica ofrece la mayor certeza diagnóstica de que los delirios o alucinaciones son atribuibles a una afección médica. Los factores adicionales pueden incluir tratamientos concomitantes para la afección médica subyacente que confieren un riesgo de psicosis de forma independiente, como el tratamiento con esteroides para trastornos autoinmunes.

El diagnóstico de trastorno psicótico debido a otra condición médica depende de la condición clínica de cada individuo, y las pruebas diagnósticas variarán según esa condición. Una amplia variedad de condiciones médicas pueden causar síntomas psicóticos. Estos incluyen afecciones neurológicas (p. ej., neoplasias, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, epilepsia, lesión o deterioro de los nervios auditivos o visuales, sordera, migraña, infecciones del sistema nervioso central), afecciones endocrinas (p. ej., hipertiroidismo e hipotiroidismo). ,

Machine Translated by Google

hiper e hipoparatiroidismo, hiper e hipoadrenocorticismo), afecciones metabólicas (p. ej., hipoxia, hipercarbia, hipoglucemia), deficiencia de vitamina B12 , desequilibrios de líquidos o electrolitos, enfermedades hepáticas o renales y trastornos autoinmunes con afectación del sistema nervioso central (p. ej., lupus sistémico). eritematoso, encefalitis autoinmune del receptor de N-metil-D-aspartato [NMDA]). Los hallazgos asociados del examen físico, los hallazgos de laboratorio y los patrones de prevalencia o inicio reflejan la condición médica etiológica.

Predominio

Las tasas de prevalencia del trastorno psicótico debido a otra afección médica son difíciles de estimar dada la amplia variedad de etiologías médicas subyacentes. En estudios realizados en Suecia y Finlandia se ha estimado que la prevalencia a lo largo de la vida oscila entre el 0,21% y el 0,54%. Cuando los hallazgos de prevalencia se estratifican por grupo de edad, las personas mayores de 65 años tienen una prevalencia significativamente mayor del 0,74% en comparación con aquellos en grupos de edad más jóvenes en Finlandia. Las tasas de psicosis también varían según la afección médica subyacente; Las afecciones más comúnmente asociadas con la psicosis incluyen trastornos endocrinos y metabólicos no tratados, trastornos autoinmunitarios (p. ej., lupus eritematoso sistémico, encefalitis autoinmunitaria del receptor NMDA) o epilepsia del lóbulo temporal. Psicosis atribuible a la epilepsia

Se ha diferenciado además en psicosis ictal, postictal e interictal. La más común de ellas es la psicosis posictal, que se observa en entre el 2% y el 7,8% de las personas con epilepsia. Entre las personas mayores, puede haber una mayor prevalencia del trastorno en las mujeres, aunque las características adicionales relacionadas con el sexo o el género no están claras y varían considerablemente según la distribución por sexo y género de las afecciones médicas subyacentes. Se estima que el 60% de las personas mayores con psicosis de reciente aparición tienen una etiología médica para sus síntomas psicóticos.

Desarrollo y evolución El trastorno

psicótico debido a otra afección médica puede ser un estado transitorio único o puede ser recurrente, con exacerbaciones y remisiones de la afección médica subyacente.
Aunque el tratamiento de la afección médica subyacente a menudo resulta en una resolución de la psicosis, no siempre es así y los síntomas psicóticos pueden persistir mucho después del evento médico (p. ej., trastorno psicótico debido a una lesión cerebral focal). En el contexto de enfermedades crónicas como la esclerosis múltiple o la psicosis interictal crónica de la epilepsia, la psicosis puede asumir un curso a largo plazo.

La expresión del trastorno psicótico debido a otra condición médica no difiere sustancialmente en fenomenología dependiendo de la edad en que ocurre. Sin embargo, los grupos de mayor edad tienen una mayor prevalencia del trastorno, lo que probablemente se debe a la creciente carga médica asociada con la edad avanzada y los efectos acumulativos de exposiciones nocivas y procesos relacionados con la edad (p. ej., aterosclerosis). Es probable que la naturaleza de las afecciones médicas subyacentes cambie a lo largo de la vida: los grupos de edad más jóvenes se ven más afectados por la epilepsia, los traumatismos craneoencefálicos, las enfermedades autoinmunes y neoplásicas de la vida temprana a la mediana edad, y los grupos de mayor edad se ven más afectados por una enfermedad neurodegenerativa (p. ej., Alzheimer), enfermedad cerebrovascular, eventos anóxicos y comorbilidades multisistémicas. Los factores subyacentes a medida que aumenta la edad, como el deterioro cognitivo preexistente, así como las deficiencias visuales y auditivas, pueden generar un may

Machine Translated by Google

psicosis, posiblemente al servir para reducir el umbral para experimentar psicosis.

Factores de riesgo y pronóstico

Modificadores de curso. La identificación y el tratamiento de la afección médica subyacente tienen el mayor impacto en la evolución, aunque una lesión preexistente del sistema nervioso central puede conferir un peor resultado (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad cerebrovascular).

Asociación con pensamientos o conductas suicidas El riesgo de suicidio en el contexto de un trastorno psicótico debido a otra afección médica no está claramente delineado, aunque ciertas afecciones como la epilepsia y la esclerosis múltiple se asocian con mayores tasas de suicidio, que pueden aumentar aún más en presencia de psicosis.

Consecuencias funcionales del trastorno psicótico debido a otro Condición médica

La discapacidad funcional suele ser grave en el contexto de un trastorno psicótico debido a otra afección médica, pero variará considerablemente según el tipo de afección y probablemente mejorará con la resolución exitosa de la afección.

Diagnóstico diferencial Delirio y trastorno neurocognitivo mayor o leve. Las alucinaciones y los delirios suelen ocurrir en el contexto de un delirio; un diagnóstico separado de trastorno psicótico debido a

No se da otra condición médica si los delirios y/o alucinaciones ocurren exclusivamente durante el curso de un delirio. Por otro lado, se puede dar un diagnóstico de trastorno psicótico debido a otra afección médica además de un diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor o leve si se considera que los delirios o alucinaciones son una consecuencia fisiológica del proceso patológico que causa el trastorno neurocognitivo (ej., trastorno psicótico debido a la enfermedad de cuerpos de Lewy, con delirios).

Trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos. Si hay evidencia de uso reciente o prolongado de sustancias (incluidos medicamentos con efectos psicoactivos), abstinencia de una sustancia o medicamento que puede causar síntomas psicóticos al abstinencia, o exposición a una toxina (p. ej., intoxicación por LSD [dietilamida del ácido lisérgico], abstinencia de alcohol), se debe considerar un trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos. Los síntomas que ocurren durante o poco después (es decir, dentro de las 4 semanas) de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después del uso de medicamentos pueden ser especialmente indicativos de un trastorno psicótico inducido por una sustancia, según el carácter, la duración o la cantidad de la sustancia consumida. Si el médico ha determinado que la alteración se debe tanto a una afección médica como al uso de sustancias, se pueden dar ambos diagnósticos (es decir, trastorno psicótico debido a otra afección médica y trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos).

Desorden psicotico. El trastorno psicótico debido a otra afección médica debe distinguirse de un trastorno psicótico que no se debe a otra afección médica (p. ej., esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno esquizoafectivo) o de un trastorno depresivo mayor o bipolar, con características psicóticas. En trastornos psicóticos y en trastornos depresivos o bipolares, con psicóticos

Machine Translated by Google

características, no se pueden demostrar mecanismos fisiológicos causales específicos y directos asociados con una condición médica. La edad tardía de inicio y la ausencia de antecedentes personales o familiares de esquizofrenia o trastorno delirante sugieren la necesidad de una evaluación exhaustiva para descartar el diagnóstico de trastorno psicótico debido a otra afección médica. Las alucinaciones auditivas que involucran voces que pronuncian oraciones complejas son más características de la esquizofrenia que del trastorno psicótico debido a una condición médica. Si bien ciertos síntomas sugieren una etiología médica o tóxica (p. ej., alucinaciones visuales u olfativas, delirios de tipo onírico [individuo como observador no involucrado]), no existen signos o síntomas patognomónicos que indiquen inequívocamente a los médicos en cualquier dirección. Las alucinaciones visuales no son infrecuentes en la esquizofrenia o el trastorno bipolar, y las alucinaciones olfativas (p. ej., olores desagradables) también son compatibles con un diagnóstico de esquizofrenia. Por lo tanto, los médicos no deben dar demasiada importancia a una alucinación en particular al decidir entre una causa psiquiátrica y una médica de la psicopatología.

Comorbilidad

El trastorno psicótico debido a otra afección médica en personas mayores de 80 años se asocia con un trastorno neurocognitivo mayor concurrente (demencia). La enfermedad de Alzheimer suele ir acompañada de psicosis, y la psicosis es una característica definitoria de la enfermedad con cuerpos de Lewy.

catatonia

La catatonia puede ocurrir en el contexto de varios trastornos, incluidos trastornos del desarrollo neurológico, psicóticos, bipolares y depresivos, y otras afecciones médicas (p. ej., deficiencia de folato cerebral, trastornos autoinmunes y paraneoplásicos raros). El manual no trata la catatonia como una clase independiente pero reconoce a) la catatonia asociada con otra

trastorno mental (es decir, un trastorno del desarrollo neurológico, psicótico, un trastorno bipolar, un trastorno depresivo u otro trastorno mental), b) trastorno catatónico debido a otra afección médica, yc) catatonia no especificada.

La catatonia se define por la presencia de 3 o más de 12 características psicomotoras en los criterios de diagnóstico de catatonia asociada con otro trastorno mental y trastorno catatónico debido a otra afección médica. La característica esencial de la catatonia es una marcada alteración psicomotora que puede implicar una disminución de la actividad motora, una disminución de la participación durante la entrevista o el examen físico, o una actividad motora excesiva y peculiar. La presentación clínica de la catatonia puede ser desconcertante, ya que la alteración psicomotora puede variar desde una marcada falta de respuesta hasta una marcada agitación. La inmovilidad motora puede ser grave (estupor) o moderada (catalepsia y flexibilidad cérea). De manera similar, la disminución del compromiso puede ser grave (mutismo) o moderada (negativismo). Las conductas motoras excesivas y peculiares pueden ser complejas (p. ej., estereotipia) o simples (agitación) y pueden incluir ecolalia y ecopraxia. En casos extremos, el mismo individuo puede variar entre actividad motora disminuida y excesiva. Las características clínicas aparentemente opuestas, las manifestaciones variables del diagnóstico y el énfasis excesivo en la enseñanza de signos raros y graves, como la flexibilidad cérea, contribuyen a la falta de concien

Machine Translated by Google

Disminución del reconocimiento de la catatonia. Durante las etapas graves de catatonia, el individuo puede necesitar una supervisión cuidadosa para evitar autolesionarse o dañar a otros. Existen riesgos potenciales de desnutrición, agotamiento, tromboembolismo, úlceras por presión, contracciones musculares, hiperpirexia y lesiones autoinfligidas.

Catatonia asociada con otro trastorno mental

(Especificador de catatonia)

F06.1

R. El cuadro clínico está dominado por tres (o más) de los siguientes síntomas: 1. Estupor (es decir, ausencia de actividad psicomotora; no relación activa con el entorno).

2. Catalepsia (es decir, inducción pasiva de una postura contra la gravedad).
3. Flexibilidad cerosa (es decir, resistencia leve y uniforme al posicionamiento por parte del examinador).
4. Mutismo (es decir, ninguna respuesta verbal o muy poca [excluir si se conoce afasia]).
5. Negativismo (es decir, oposición o falta de respuesta a instrucciones o estímulos externos).
6. Posturas (es decir, mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra gravedad).
7. Manierismo (es decir, caricatura extraña y circunstancial de acciones normales).
8. Estereotipo (es decir, repetitivo, anormalmente frecuente, no dirigido a un objetivo). movimientos).
9. Agitación, no influenciada por estímulos externos.
10. Hacer muecas.
11. Ecolalia (es decir, imitar el habla de otra persona).
12. Ecopraxia (es decir, imitar los movimientos de otra persona).

Nota de codificación: Indique el nombre del trastorno mental asociado al registrar el nombre de la afección (es decir, F06.1 catatonia asociada con trastorno depresivo mayor). Codifique primero el trastorno mental asociado (p. ej., trastorno del desarrollo neurológico, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor u otro trastorno mental) (p. ej., F25.1 trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo; F06. 1 catatonia asociada al trastorno esquizoafectivo).

Características diagnósticas La

catatonia asociada con otro trastorno mental (especificador de catatonia) se puede utilizar cuando se cumplen los criterios de catatonia durante el curso de un trastorno del desarrollo neurológico, psicótico, bipolar, depresivo u otro trastorno mental. El especificador de catatonia es apropiado cuando el cuadro clínico se caracteriza por una marcada alteración psicomotora e involucra al menos tres de los 12 diagnósticos.

Machine Translated by Google

características enumeradas en el Criterio A. La catatonia generalmente se diagnostica en un entorno hospitalario y ocurre en hasta el 35% de las personas con esquizofrenia, pero la mayoría de los casos de catatonia involucran a personas con trastornos depresivos o bipolares. El metanálisis de muestras clínicas indicó que aproximadamente el 9% de los pacientes tenían catatonia. Antes de utilizar el especificador de catatonia en trastornos del desarrollo neurológico, psicóticos, bipolares, depresivos u otros trastornos mentales, es necesario descartar una amplia variedad de otras afecciones médicas; estas afecciones incluyen, entre otras, afecciones médicas debidas a afecciones infecciosas, metabólicas o neurológicas (consulte "Trastorno catatónico debido a otra afección médica"). La catatonia también puede ser un efecto secundario de un medicamento (consulte el capítulo "Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos"). Debido a la gravedad de las complicaciones, se debe prestar especial atención a la posibilidad de que la catatonia sea atribuible al síndrome neuroléptico maligno G21.0.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

La asociación entre catatonia y trastornos del estado de ánimo se ha encontrado en una amplia gama de culturas. contextos.

Trastorno catatónico debido a otra afección médica

Criterios de diagnóstico F06.1

R. El cuadro clínico está dominado por tres (o más) de los siguientes síntomas: 1. Estupor (es decir, ausencia de actividad psicomotora; no relación activa con el entorno).

2. Catalepsia (es decir, inducción pasiva de una postura contra la gravedad).
3. Flexibilidad cerosa (es decir, resistencia leve y uniforme al posicionamiento por parte del examinador).
4. Mutismo (es decir, ninguna o muy poca respuesta verbal [Nota: no aplicable si hay una afasia establecida]).
5. Negativismo (es decir, oposición o falta de respuesta a instrucciones o estímulos externos).
6. Posturas (es decir, mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra gravedad).
7. Manierismo (es decir, caricatura extraña y circunstancial de acciones normales).
8. Estereotipos (es decir, repetitivos, anormalmente frecuentes, no dirigidos a un objetivo). movimientos).
9. Agitación, no influenciada por estímulos externos.
10. Hacer muecas.
11. Ecolalia (es decir, imitar el habla de otra persona).
12. Ecopraxia (es decir, imitar los movimientos de otra persona).

B. Existe evidencia a partir de la anamnesis, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

Machine Translated by Google

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., un trastorno maníaco).
episodio).

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: incluya el nombre de la afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., F06.1 trastorno catatónico debido a encefalopatía hepática). La otra afección médica debe codificarse y enumerarse por separado inmediatamente antes del trastorno catatónico debido a la afección médica (p. ej., K72.90 encefalopatía hepática; F06.1 trastorno catatónico debido a encefalopatía hepática).

Características diagnósticas La característica esencial del trastorno catatónico debido a otra afección médica es la presencia de catatonia que se considera atribuida a los efectos fisiológicos de otra afección médica.
La catatonia se puede diagnosticar por la presencia de al menos 3 de las 12 características clínicas del Criterio A. Debe haber evidencia a partir de la anamnesis, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la catatonia es atribuible a otra afección médica (Criterio B). El diagnóstico no se da si la catatonia se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., episodio maníaco) (Criterio C) o si ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio (Criterio D).

Funciones asociadas

Una variedad de afecciones médicas pueden causar catatonia, especialmente afecciones neurológicas (p. ej., neoplasias, traumatismo craneoencefálico, enfermedad cerebrovascular, encefalitis) y afecciones metabólicas (p. ej., hipercalcemia, encefalopatía hepática, homocistinuria, cetoacidosis diabética). Los hallazgos asociados del examen físico, los hallazgos de laboratorio y los patrones de prevalencia e inicio reflejan los de la condición médica etiológica.

Diagnóstico diferencial No se realiza un diagnóstico separado de trastorno catatónico debido a otra afección médica si la catatonia se produce exclusivamente durante el curso de un delirio o un síndrome neuroléptico maligno.
Sin embargo, aunque no se puede hacer un diagnóstico separado de catatonia, las investigaciones sugieren que los síntomas de catatonia ocurren en una proporción significativa de los casos de delirio. Si el individuo está tomando actualmente medicación neuroléptica, se debe considerar la posibilidad de trastornos del movimiento inducidos por la medicación (p. ej., la posición anormal puede deberse a distonía aguda inducida por neurolépticos) o síndrome neuroléptico maligno (p. ej., pueden estar presentes características de tipo catatónico, junto con con signos vitales asociados y/o anomalías de laboratorio). Los síntomas catatónicos pueden estar presentes en cualquiera de los siguientes cinco trastornos psicóticos: trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. También puede estar presente en algunos de los trastornos del desarrollo neurológico, en todos los trastornos bipolares y depresivos y en otros trastornos mentales.

Machine Translated by Google

Catatonia no especificada

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que los síntomas característicos de la catatonia causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero la naturaleza del trastorno mental subyacente u otra afección médica no está clara, no están claros los criterios completos para la catatonia. se cumplen o no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en salas de emergencia).

Nota de codificación: Codifique primero R29.818 otros síntomas que afectan a los sistemas nervioso y musculoesquelético, seguido de F06.1 catatonia no especificada.

Otro espectro de esquizofrenia especificado y otros Desorden psicotico

F28

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la lista. Clase diagnóstica del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. La categoría de otro espectro de esquizofrenia específico y otro trastorno psicótico se utiliza en situaciones en las que el médico elige comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios para ningún espectro de esquizofrenia específico y otro trastorno psicótico. Esto se hace registrando “otro espectro de esquizofrenia específico y otro trastorno psicótico” seguido del motivo específico (p. ej., “alucinaciones auditivas persistentes”).

Ejemplos de presentaciones que pueden especificarse utilizando la designación “otro especificado” incluyen los siguientes:

1. Alucinaciones auditivas persistentes que ocurren en ausencia de cualquier otro características.
2. Delirios con episodios de estado de ánimo superpuestos significativos: esto incluye delirios persistentes con períodos de episodios de estado de ánimo superpuestos que están presentes durante una parte sustancial del trastorno delirante (de modo que no se cumple el criterio que estipula sólo un trastorno de estado de ánimo breve en el trastorno delirante).
3. Síndrome de psicosis atenuada: este síndrome se caracteriza por síntomas de tipo psicótico que están por debajo del umbral de una psicosis completa (p. ej., los síntomas son menos graves y más transitorios, y la percepción se mantiene relativamente).

Machine Translated by Google

4. Síntomas delirantes en el contexto de una relación con un individuo con delirios prominentes: en el contexto de una relación, el material delirante del individuo con un trastorno psicótico proporciona contenido para los mismos delirios que tiene la otra persona que de otro modo no tendría síntomas. que cumplen los criterios de un trastorno psicótico.

Espectro de esquizofrenia no especificado y otros Desorden psicotico

F29

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la lista. Clase diagnóstica del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. La categoría del espectro de la esquizofrenia no especificado y otros trastornos psicóticos se utiliza en situaciones en las que el médico decide no especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos específicos e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer una diagnóstico más específico (p. ej., en salas de emergencia).

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Trastornos bipolares y relacionados

Los trastornos bipolares y relacionados se encuentran entre los capítulos sobre el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y trastornos depresivos en el DSM-5-TR en reconocimiento de su lugar como puente entre esas dos clases de diagnóstico en términos de sintomatología, historia familiar y genética. Los diagnósticos incluidos en este capítulo son trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos, trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica, otro trastorno bipolar y relacionado especificado, y trastorno bipolar y relacionado no especificado. trastorno.

Los criterios del trastorno bipolar I representan la comprensión moderna del clásico trastorno maníaco-depresivo o psicosis afectiva descrito en el siglo XIX, y difieren de esa descripción clásica sólo en la medida en que ni la psicosis ni la experiencia de un episodio depresivo mayor en la vida son un requisito. Sin embargo, la gran mayoría de las personas cuyos síntomas cumplen los criterios de un episodio maníaco totalmente sindrómico también experimentan episodios depresivos mayores a lo largo de sus vidas.

El trastorno bipolar II, que requiere la experiencia de al menos un episodio depresivo mayor y al menos un episodio hipomaníaco (pero sin antecedentes de manía), ya no se considera una afección menos grave que el trastorno bipolar I, en gran parte debido a la carga de depresión en el trastorno bipolar II y porque la inestabilidad del estado de ánimo que experimentan las personas con trastorno bipolar II suele ir acompañada de un deterioro grave en el funcionamiento laboral y social.

El diagnóstico de trastorno ciclotímico se da a adultos que experimentan al menos dos años (en el caso de los niños, un año completo) de períodos hipomaníacos y depresivos sin cumplir nunca los criterios de un episodio de manía, hipomanía o depresión mayor.

Un gran número de sustancias de abuso, algunos medicamentos recetados y varias afecciones médicas pueden asociarse con fenómenos maníacos. Este hecho se reconoce en los diagnósticos de trastorno bipolar y relacionados inducidos por sustancias o medicamentos y de trastorno bipolar y relacionados debido a otra afección médica.

El reconocimiento de que hay personas que experimentan fenómenos similares al bipolar con síntomas que no cumplen con los criterios de trastorno bipolar I, bipolar II o ciclotímico se refleja en la disponibilidad de otras categorías especificadas de trastorno bipolar y trastorno relacionado. En la Sección III se proporcionan criterios específicos para un trastorno que implica hipomanía de corta duración con la esperanza de fomentar estudios adicionales de esta presentación de la sintomatología del trastorno bipolar y sus curso.

Trastorno bipolar I

Criterios de diagnóstico

Machine Translated by Google

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I, es necesario cumplir los siguientes criterios de episodio maníaco. El episodio maníaco puede haber sido precedido y seguido por episodios hipomaníacos o depresivos mayores.

Episodio maníaco

A. Un período distinto de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y aumento anormal y persistente de actividad o energía, que dura al menos 1 semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).).

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

1. Inflado autoestima o grandiosidad.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo 3 horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para seguir hablando.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se aceleran.
5. Distracción (es decir, atención demasiado fácil a cosas sin importancia o irrelevantes). estímulos externos), tal como se informa u observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (ya sea social, en el trabajo o la escuela, o sexualmente) o de la agitación psicomotora (es decir, actividad sin propósito y no dirigida a un objetivo).
7. Participación excesiva en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (por ejemplo, participar en compras desenfrenadas, indiscreciones sexuales o inversiones comerciales tontas).

C. La alteración del estado de ánimo es lo suficientemente grave como para causar un deterioro marcado en el funcionamiento social u ocupacional o para requerir hospitalización para evitar daños a uno mismo o a otros, o hay características psicóticas.

D. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, otro tratamiento) u otra afección médica.

Nota: Un episodio maníaco completo que surge durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero que persiste en un nivel completamente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es evidencia suficiente para un episodio maníaco y, por lo tanto, un diagnóstico de bipolar I.

Nota: Los criterios A-D constituyen un episodio maníaco. Se requiere al menos un episodio maníaco en la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Episodio hipomaníaco A.

Un período distinto de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y aumento anormal y persistente de actividad o energía, que dura al menos 4 días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

Machine Translated by Google

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de energía y actividad, tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) han persistido, representan un cambio notable del comportamiento habitual y han estado presentes en una proporción significativa. grado: 1. Autoestima inflada o

grandiosidad.

2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo 3 horas de sueño).

3. Más hablador de lo habitual o presión para seguir hablando.

4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se aceleran.

5. Distracción (es decir, atención demasiado fácil a cosas sin importancia o irrelevantes). estímulos externos), tal como se informa u observa.

6. Aumento de la actividad dirigida a objetivos (ya sea social, en el trabajo o la escuela, o sexualmente) o agitación psicomotora.

7. Participación excesiva en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (por ejemplo, participar en compras desenfrenadas, indiscreciones sexuales o inversiones comerciales tontas).

C. El episodio se asocia con un cambio inequívoco en el funcionamiento que es poco característico del individuo cuando no es sintomático.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables mediante otros.

E. El episodio no es lo suficientemente grave como para causar un deterioro marcado en el funcionamiento social u ocupacional o para requerir hospitalización. Si hay rasgos psicóticos, el episodio es, por definición, maníaco.

F. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, otro tratamiento) u otra afección médica.

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

Nota: Los criterios A a F constituyen un episodio hipomaníaco. Los episodios hipomaníacos son comunes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico del trastorno bipolar I.

Episodio depresivo mayor A. Cinco

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

Machine Translated by Google

Nota: No incluya síntomas que sean claramente atribuibles a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indicado por un informe subjetivo (p. ej., se siente triste, vacío o desesperado) o por la observación hecha por otros (p. ej., parece lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, puede haber estado de ánimo irritable.)
2. Interés o placer marcadamente disminuido en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica el relato subjetivo o la observación).
3. Pérdida de peso significativa cuando no se hace dieta o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considere la posibilidad de no lograr el aumento de peso esperado).
4. Insomnio o hipersomnio casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por los demás, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o desaceleración).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días. (ya sea por relato subjetivo o según lo observado por otros).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o otra condición médica.

Nota: Los criterios A a C constituyen un episodio depresivo mayor. Los episodios depresivos mayores son comunes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico del trastorno bipolar I.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina financiera, pérdidas por un desastre natural, una enfermedad médica grave o una discapacidad) pueden incluir sentimientos de tristeza intensa, cavilaciones sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso notada. en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados para la pérdida, también se debe considerar cuidadosamente la presencia de un episodio depresivo mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente

Machine Translated by Google

el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y la cultura
Normas para la expresión de angustia en el contexto de una pérdida. 1

Trastorno bipolar I

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

B. Al menos un episodio maníaco no se explica mejor por el trastorno esquizoafectivo y no se superpone a la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otros trastornos psicóticos.

Procedimientos de codificación y registro

El código de diagnóstico del trastorno bipolar I se basa en el tipo de enfermedad actual o más reciente. episodio y su estado con respecto a la gravedad actual, presencia de síntomas psicóticos características y estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas son sólo indicado si actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio maníaco o depresivo mayor. Los especificadores de remisión sólo se indican si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor. Los códigos son los siguientes:

Trastorno bipolar I	actual o mayoría reciente episodio maníaco	actual o más reciente episodio hipomaníaco*	actual o mayoría reciente episodio deprimido	actual o más reciente episodio no especificado**
Leve (pág. 175)	F31.11	N / A	F31.31	N / A
Moderado (pág. 175)	F31.12	N / A	F31.32	N / A
Severo (pág. 175)	F31.13	N / A	F31.4	N / A
143	F31.2	N / A	F31.5	N / A
Con rasgos psicóticos*** (p. 173)				
En remisión parcial (p. 175)	F31.73	F31.71	F31.75	N / A
En plena remisión (p. 175)	F31.74	F31.72	F31.76	N / A
No especificado	F31.9	F31.9	F31.9	N / A

*No se aplican los especificadores de gravedad ni psicóticos; código F31.0 para casos que no están en remisión.

**No se aplican los especificadores de gravedad, psicóticos y remisión. Código F31.9.

***Si hay características psicóticas presentes, codifique el especificador "con características psicóticas" independientemente de la gravedad del episodio.

Al registrar el nombre de un diagnóstico, los términos deben enumerarse en el siguiente orden: trastorno bipolar I, tipo de episodio actual (o episodio más reciente si es bipolar I trastorno está en remisión parcial o total), especificadores de gravedad/psicótico/remisión, seguido de tantos de los siguientes especificadores sin códigos como se apliquen al episodio actual (o el episodio más reciente si el trastorno bipolar I está en tratamiento parcial o total) remisión). Nota: Los especificadores "con ciclos rápidos" y "con patrón estacional" describir el patrón de los episodios del estado de ánimo.

Machine Translated by Google

Especifique

si: Con angustia (págs. 169-170)

Con características mixtas (págs. 170-171)

Con ciclos rápidos (p. 171)

Con rasgos melancólicos (págs. 171-172)

Con rasgos atípicos (págs. 172-173)

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (pág. 173; se aplica a episodios maníacos y/o episodios depresivos mayores)

Con características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo (pág. 173; se aplica a episodios maníacos y/o episodios depresivos mayores)

Con catatonia (pág. 173). Nota de codificación: Utilice el código adicional F06.1.

Con inicio periparto (págs. 173-174)

Con patrón estacional (págs. 174-175)

Características diagnósticas El

trastorno bipolar I se caracteriza por un curso clínico de episodios recurrentes del estado de ánimo (maníaco, depresivo e hipomaníaco), pero la aparición de al menos un episodio maníaco es necesaria para el diagnóstico del trastorno bipolar I. La característica esencial de un episodio maníaco es un período distinto durante el cual hay un estado de ánimo anormal, persistentemente elevado, expansivo o irritable y un aumento persistente de actividad o energía que está presente durante la mayor parte del día, casi todos los días, durante un período de al menos al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización), acompañado de al menos tres síntomas adicionales del Criterio B. Si el estado de ánimo es irritable en lugar de elevado o expansivo, deben estar presentes al menos cuatro síntomas del Criterio B.

El estado de ánimo en un episodio maníaco a menudo se describe como eufórico, excesivamente alegre, elevado o "sentirse en la cima del mundo". En algunos casos, el estado de ánimo es de una cualidad tan altamente contagiosa que se reconoce fácilmente como excesivo y puede caracterizarse por un estado de ánimo ilimitado y

entusiasmo desordenado por las interacciones interpersonales, sexuales u ocupacionales. Por ejemplo, el individuo puede iniciar espontáneamente extensas conversaciones con extraños en público. A menudo, el estado de ánimo predominante es irritable en lugar de elevado, especialmente cuando se niegan los deseos del individuo o si ha estado consumiendo sustancias. Pueden ocurrir cambios rápidos de humor durante breves períodos de tiempo y se denominan labilidad (es decir, la alternancia entre euforia, disforia e irritabilidad). En los niños, la felicidad, la tontería y la “tontería” son normales en muchos contextos sociales; sin embargo, si estos síntomas son recurrentes, inapropiados para el contexto y más allá de lo esperado para el nivel de desarrollo del niño, pueden cumplir el requisito del Criterio A de estado de ánimo anormalmente elevado. Para que la felicidad o la tontería de un niño cumplan el Criterio A, deben aumentar claramente desde el punto de partida del niño y ir acompañadas de un aumento persistente de niveles de actividad o energía que, para quienes conocen bien al niño, son claramente inusuales para ese niño. Para que los síntomas de un niño cumplan los criterios de un episodio maníaco, los síntomas

Machine Translated by Google

también debe cumplir el Criterio B para manía y también debe representar un cambio con respecto al valor inicial habitual del niño.

Durante el episodio maníaco, el individuo puede involucrarse en múltiples proyectos nuevos superpuestos. Los proyectos a menudo se inician con poco conocimiento del tema y nada parece estar fuera del alcance del individuo. El aumento de actividad o niveles de energía puede manifestarse en horas inusuales del día, como durante la fase de sueño normal del individuo.

Suele haber una autoestima inflada, que va desde una confianza en uno mismo acrítica hasta una marcada grandiosidad, y puede alcanzar proporciones delirantes (Criterio B1). A pesar de la falta de experiencia o talento particular, el individuo puede embarcarse en tareas complejas como escribir una novela o buscar publicidad para algún invento poco práctico. Son comunes los delirios de grandeza (p. ej., de tener una relación especial con una persona famosa). En los niños es normal la sobreestimación de las capacidades y la creencia de que, por ejemplo, son los mejores en un deporte o los más inteligentes de la clase; sin embargo, cuando tales creencias están presentes a pesar de una evidencia clara de lo contrario o el niño intenta hazañas que son claramente peligrosas y, lo más importante, representan un cambio del comportamiento normal del niño, el criterio de grandiosidad debe considerarse satisfecho.

Una de las características más comunes es una menor necesidad de dormir (Criterio B2), que es distinta del insomnio (durante el cual el individuo quiere dormir o siente la necesidad de dormir pero no puede). El individuo puede dormir poco o nada, o puede despertarse varias horas antes de lo habitual, sintiéndose descansado y lleno de energía. Cuando la alteración del sueño es grave, el individuo puede pasar días sin dormir y, sin embargo, no sentirse cansado. A menudo, la disminución de la necesidad de dormir presagia la aparición de un episodio maníaco.

El habla puede ser rápida, forzada, ruidosa y difícil de interrumpir (Criterio B3). Los individuos pueden hablar continuamente y sin tener en cuenta los deseos de comunicación de los demás, a menudo de manera intrusiva o sin preocuparse por la relevancia de lo que se dice. El habla a veces se caracteriza por chistes, juegos de palabras, irrelevancias divertidas y teatralidad, con gestos dramáticos, cantos y gesticulaciones excesivas. El volumen y la contundencia del habla a menudo se vuelven más importantes que lo que se transmite. Si el estado de ánimo del individuo es más irritable que expansivo, el habla puede estar marcada por quejas, comentarios hostiles o diatribas enojadas, particularmente si se intenta interrumpir al individuo. Tanto los síntomas del Criterio A como los del Criterio B pueden ir acompañados de síntomas del polo opuesto (es decir, depresivos) (ver el especificador “con características mixtas”, págs. 170-171).

A menudo, los pensamientos del individuo corren a un ritmo más rápido de lo que se puede expresar mediante el habla (Criterio B4). Con frecuencia hay fuga de ideas evidenciada por un flujo casi continuo de discurso acelerado, con cambios abruptos de un tema a otro. Cuando la fuga de ideas es grave, el habla puede volverse desorganizada, incoherente y particularmente angustiante para el individuo.
A veces los pensamientos se experimentan tan abarrotados que resulta muy difícil hablar.

La distracción (Criterio B5) se evidencia por la incapacidad de censurar estímulos externos inmateriales (p. ej., la vestimenta del entrevistador, ruidos de fondo o conversaciones, mobiliario de la habitación) y a menudo impide que las personas que experimentan manía mantengan una conversación racional o atiendan instrucciones.

El aumento de la actividad dirigida a objetivos (Criterio B6) a menudo consiste en una planificación y participación excesivas en múltiples actividades, incluidas las sexuales, ocupacionales, políticas o religiosas.

Machine Translated by Google

actividades. A menudo hay un aumento del deseo sexual, las fantasías y el comportamiento. Los individuos en un episodio maníaco suelen mostrar una mayor sociabilidad (p. ej., renovando a viejos conocidos o llamando o contactando a amigos o incluso a extraños), sin tener en cuenta la naturaleza intrusiva, dominante y exigente de estas interacciones. A menudo también muestran agitación o inquietud psicomotora (es decir, actividad sin propósito) al caminar de un lado a otro o al mantener múltiples conversaciones simultáneamente. Algunas personas escriben excesivamente cartas, correos electrónicos, mensajes de texto, etc., sobre muchos temas diferentes a amigos, figuras públicas o los medios de comunicación.

El criterio de mayor actividad puede ser difícil de determinar en los niños; sin embargo, cuando el niño asume muchas tareas simultáneamente, comienza a idear planes elaborados y poco realistas para proyectos, desarrolla preocupaciones sexuales previamente ausentes y inapropiadas para su desarrollo (no explicadas por abuso sexual o exposición a material sexual explícito), entonces el Criterio B podría cumplirse en función de sobre el juicio clínico. Es esencial determinar si el comportamiento representa un cambio con respecto al comportamiento inicial del niño; ocurre la mayor parte del día, casi todos los días durante el período de tiempo requerido; y ocurre en asociación temporal con otros síntomas de manía.

El estado de ánimo expansivo, el optimismo excesivo, la grandiosidad y la falta de juicio a menudo conducen a una participación imprudente en actividades tales como gastos excesivos, regalar posesiones, conducción imprudente, inversiones comerciales tontas e indiscreciones sexuales que son inusuales para el individuo, a pesar de que estas actividades son probablemente tenga consecuencias catastróficas (Criterio B7). El individuo puede comprar muchos artículos innecesarios sin tener dinero para pagarlos y, en algunos casos, regalarlos. Las indiscreciones sexuales pueden incluir infidelidad o encuentros sexuales indiscriminados con extraños, a menudo sin tener en cuenta el riesgo de enfermedades de transmisión sexual o consecuencias interpersonales.

El episodio maníaco debe resultar en un deterioro marcado en el funcionamiento social u ocupacional (p. ej., pérdidas financieras, pérdida de empleo, fracaso escolar, divorcio) o requerir hospitalización para evitar daños a uno mismo o a otros (p. ej., agotamiento físico o hipertermia por excitación maníaca, autodestrucción). -comportamiento perjudicial). Por definición, la presencia de características psicóticas durante un episodio maníaco también satisface el Criterio C.

Síntomas o síndromes maníacos que son atribuibles a los efectos fisiológicos directos de una droga de abuso (p. ej., en el contexto de intoxicación por cocaína o anfetamina), los efectos secundarios de medicamentos o tratamientos (p. ej., esteroides, L-dopa, antidepresivos, estimulantes) u otra condición médica no cuentan para el diagnóstico de trastorno bipolar I. Sin embargo, un episodio maníaco completamente sindrómico que surge durante el tratamiento (p. ej., con medicamentos, terapia electroconvulsiva, fototerapia) y persiste más allá del efecto fisiológico del agente inductor (p. ej., después de que un medicamento ha sido completamente eliminado del sistema del individuo o de los efectos de Se esperaría que la terapia electroconvulsiva se hubiera disipado por completo) es evidencia suficiente para un episodio maníaco que se considera debido al trastorno bipolar I (Criterio D). Se indica precaución para que uno o dos síntomas (en particular, aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se tomen como suficientes para el diagnóstico de un episodio maníaco o hipomaníaco, ni necesariamente como una indicación de una diátesis del trastorno bipolar. Aunque no son esenciales para el diagnóstico de trastorno bipolar I, los episodios hipomaníacos o depresivos a menudo preceden o siguen a un episodio maníaco. Se pueden encontrar descripciones completas de las características diagnósticas de un episodio hipomaníaco en el texto correspondiente al trastorno bipolar II, y las características de un episodio depresivo mayor se describen en el texto correspondiente al trastorno depresivo mayor.

Machine Translated by Google

Funciones asociadas

Durante un episodio maníaco, los individuos a menudo no perciben que están enfermos o que necesitan tratamiento y se resisten con vehemencia a los esfuerzos por recibir tratamiento. Las personas pueden cambiar su vestimenta, maquillaje o apariencia personal a un estilo más sexualmente sugerente o extravagante. Algunos perciben un sentido del olfato, el oído o la visión más agudos. Juego y conductas antisociales.

puede acompañar al episodio maníaco. El estado de ánimo puede cambiar muy rápidamente a ira o depresión; algunos individuos pueden volverse hostiles y físicamente amenazantes para los demás y, cuando se engañan, volverse físicamente agresivos o suicidas. Las consecuencias graves de un episodio maníaco (p. ej., hospitalización involuntaria, dificultades con la ley, dificultades financieras graves) a menudo resultan de falta de juicio, pérdida de percepción e hiperactividad. Los síntomas depresivos ocurren en alrededor del 35% de los episodios maníacos (ver el especificador “con características mixtas”, p. 170), y las características mixtas se asocian con peores resultados y mayores intentos de suicidio. El trastorno bipolar I también se asocia con disminuciones significativas en la calidad de vida y el bienestar.

Las características similares a rasgos asociadas con el diagnóstico incluyen temperamentos hipertímico, depresivo, ciclotímico, ansioso e irritable, alteraciones del sueño y del ritmo circadiano, sensibilidad a la recompensa y creatividad. Tener un familiar de primer grado con trastorno bipolar aumenta el riesgo de diagnóstico aproximadamente 10 veces.

Predominio

La prevalencia a 12 meses del trastorno bipolar I del DSM-5 en una muestra de adultos estadounidense representativa a nivel nacional fue del 1,5% y no difirió entre hombres (1,6%) y mujeres (1,5%). En comparación con los blancos no hispanos, la prevalencia del trastorno bipolar I parece ser mayor entre los nativos americanos y menor entre los afroamericanos, los hispanos y los asiáticos/isleños del Pacífico.
La prevalencia a doce meses del trastorno bipolar I según el DSM-IV en 11 países osciló entre el 0,0% y el 0,6% y fue mayor en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos y medios, excepto en Japón, donde la prevalencia fue baja (0,01%). La relación de prevalencia a lo largo de la vida entre hombres y mujeres es de aproximadamente 1,1:1.

Desarrollo y evolución La edad

máxima de aparición del trastorno bipolar I en todos los estudios es entre los 20 y los 30 años, pero la aparición se produce a lo largo del ciclo vital. En Estados Unidos, la edad media de aparición del trastorno bipolar I según el DSM-5 es 22 años y ligeramente menor para las mujeres (21,5 años) que para los hombres (23,0 años). En una comparación de seis sitios internacionales, la edad media de aparición del trastorno bipolar I según el DSM-IV-TR fue de 24,3 años. Son necesarias consideraciones especiales para aplicar el diagnóstico en niños. Debido a que los niños de la misma edad cronológica pueden estar en diferentes etapas de desarrollo, es difícil definir con precisión qué es “normal” o “esperado” en un momento dado. Por lo tanto, cada niño debe ser juzgado según su propio punto de referencia para determinar si un comportamiento particular es “normal” o evidencia de un episodio maníaco. Aunque la edad de aparición inicial puede ocurrir entre los 60 y 70 años, la aparición de síntomas maníacos (p. ej., desinhibición sexual o social) en la mediana edad o en la vejez debería llevar a considerar condiciones médicas (p. ej., trastorno neurocognitivo frontotemporal) y sustancias. ingestión o abstinencia.

Machine Translated by Google

Más del 90% de las personas que tienen un solo episodio maníaco tienen episodios recurrentes del estado de ánimo. Aproximadamente el 60% de los episodios maníacos ocurren inmediatamente antes de un episodio depresivo mayor. Las personas con trastorno bipolar I que tienen múltiples (cuatro o más) episodios de estado de ánimo (depresivos mayores, maníacos o hipomaníacos) ocurridos en los 12 meses anteriores reciben el especificador "con ciclos rápidos", una variante común asociada con peores resultados. Aproximadamente la mitad de las personas diagnosticadas con trastorno bipolar exhiben una polaridad predominante (la recaída tiende a ser depresiva o maníaca), y un estudio internacional sobre el trastorno bipolar I encontró que el 31,3% tenía manía predominante, el 21,4% con depresión predominante y el 47,3% sin predominio de polaridad. .

El curso del trastorno bipolar I es muy heterogéneo. Se han observado algunos patrones a lo largo de los episodios (p. ej., un episodio maníaco con características psicóticas puede estar asociado con características psicóticas en episodios maníacos posteriores). La polaridad del primer episodio tiende a asociarse con la polaridad predominante de episodios futuros y características clínicas (p. ej., el inicio depresivo se asocia con una mayor densidad de episodios depresivos y conducta suicida). El

La presencia de características mixtas en un episodio maníaco se asocia con un peor pronóstico, peor respuesta al litio y conducta suicida.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La adversidad infantil (incluido el trauma emocional temprano, la psicopatología de los padres y los conflictos familiares) es un factor de riesgo conocido para el trastorno bipolar y parece predisponer a la aparición temprana del trastorno bipolar. La adversidad infantil también se asocia con un peor pronóstico y un peor cuadro clínico que puede incluir comorbilidades médicas o psiquiátricas, suicidio y características psicóticas asociadas. De manera más próxima, el estrés vital reciente y otros acontecimientos vitales negativos aumentan el riesgo de recaída depresiva en personas diagnosticadas con trastorno bipolar, mientras que la recaída maníaca parece estar específicamente relacionada con eventos vitales para el logro de objetivos (p. ej., casarse, completar una carrera). El consumo de cannabis y otras sustancias se asocia con la exacerbación de los síntomas maníacos entre las personas diagnosticadas con trastorno bipolar, así como con la primera aparición de síntomas maníacos en la población general. Existe cierta evidencia de que casarse es menos común entre las personas con trastorno bipolar que en la población general y que un diagnóstico de trastorno bipolar se asocia con estar casado anteriormente y no actualmente.

Genético y fisiológico. Los procesos genéticos afectan fuertemente la predisposición al trastorno bipolar, con estimaciones de heredabilidad de alrededor del 90% en algunos estudios de gemelos. El riesgo de trastorno bipolar en la población general es de alrededor del 1%, mientras que el riesgo en un familiar de primer grado es del 5% al 10%. Sin embargo, las tasas de concordancia monocigótica son significativamente inferiores al 100% (40%-70%), lo que indica que gran parte del riesgo no se explica únicamente por los genes. El mecanismo de heredabilidad no es mendeliano e involucra múltiples genes (o mecanismos genéticos más complejos) de pequeño efecto, que interactúan entre sí, con el medio ambiente y con factores aleatorios. Los nuevos hallazgos genéticos sugieren que la tendencia a la manía y la depresión se heredan por separado, y que el trastorno bipolar comparte un origen genético con la esquizofrenia.

Machine Translated by Google

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Los síntomas del trastorno bipolar I tienden a ser consistentes en todos los contextos culturales, pero existe cierta variación en la expresión e interpretación de los síntomas. Por ejemplo, los individuos de diferentes orígenes culturales con trastorno bipolar I, con características psicóticas, pueden variar en la prevalencia de la fuga de ideas o tipos de delirios (p. ej., grandiosos, persecutorios, sexuales, religiosos o somáticos). Los factores culturales pueden afectar la prevalencia del trastorno. Por ejemplo, los países con valores culturales orientados a la recompensa que dan importancia a la búsqueda individual de recompensa tienen una prevalencia relativamente mayor de trastorno bipolar. En los Estados Unidos, las personas con trastorno bipolar tuvieron un inicio más temprano que los de Europa y tenían más probabilidades de tener antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico.

La cultura también influye en las prácticas de diagnóstico clínico relacionadas con el trastorno bipolar. En comparación con los blancos no latinos en los Estados Unidos, los afroamericanos con trastorno bipolar I tienen un mayor riesgo de ser diagnosticados erróneamente con esquizofrenia. Las posibles razones incluyen falta de reconocimiento de los síntomas del estado de ánimo, malentendidos culturales y lingüísticos entre los médicos y los individuos que se presentan para recibir tratamiento (p. ej., interpretación errónea de la desconfianza cultural como paranoia), síntomas psicóticos más floridos en la presentación debido a la demora en recibir los servicios y diagnósticos basados en clínicas más breves. evaluaciones. Estos factores pueden dar lugar a un diagnóstico erróneo discriminatorio de esquizofrenia, particularmente en afroamericanos con trastornos del estado de ánimo que presentan características psicóticas.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Las mujeres pueden tener más probabilidades de experimentar ciclos rápidos y estados mixtos, y de tener patrones de comorbilidad que difieren de los de los hombres, incluidas tasas más altas de alimentación a lo largo de su vida.

trastornos. Las mujeres con trastorno bipolar I o II tienen más probabilidades de experimentar síntomas depresivos que los hombres. También tienen un mayor riesgo de sufrir un trastorno por consumo de alcohol a lo largo de su vida que los hombres y una probabilidad mucho mayor de sufrir un trastorno por consumo de alcohol que las mujeres de la población general.

Algunas mujeres con trastorno bipolar experimentan una exacerbación de los síntomas del estado de ánimo durante el período premenstrual, y esto se ha asociado con un peor curso de la enfermedad. Muchas mujeres con trastorno bipolar también informan de graves alteraciones emocionales durante la perimenopausia, cuando los niveles de estrógeno están disminuyendo. No parece haber un mayor riesgo de episodios de humor en mujeres embarazadas con trastorno bipolar, excepto en aquellas que suspenden los medicamentos durante el embarazo. Por el contrario, existe evidencia sólida y consistente de un mayor riesgo de episodios del estado de ánimo (tanto de depresión como de manía) en mujeres con trastorno bipolar I en el período posparto.

El especificador “con inicio periparto” debe usarse para los episodios del estado de ánimo que comienzan durante el embarazo o dentro de las 4 semanas posteriores al parto. La “psicosis posparto” típicamente se asemeja a un episodio maníaco o de estado de ánimo mixto con síntomas psicóticos y está fuertemente asociada con el trastorno bipolar I.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

Se estima que el riesgo de suicidio a lo largo de la vida en personas con trastorno bipolar es de 20 a 30 veces mayor que en la población general. Se estima que entre el 5% y el 6% de las personas con trastornos bipolares

Machine Translated by Google

morir por suicidio. Si bien los intentos de suicidio son mayores en las mujeres, el suicidio letal es más común en los hombres con trastorno bipolar. Un historial de intento de suicidio y el porcentaje de días pasados deprimidos en el último año se asocian con un mayor riesgo de intentos o consumaciones de suicidio. Casi la mitad de las personas cuyos síntomas cumplen los criterios del trastorno bipolar tienen un trastorno por consumo de alcohol, y aquellos con ambos trastornos tienen un mayor riesgo de intento de suicidio y muerte por suicidio.

Consecuencias funcionales del trastorno bipolar I Aproximadamente el 30% de las personas con trastorno bipolar muestran un deterioro grave en el funcionamiento de sus funciones laborales, aunque muchos individuos regresan a un nivel completamente funcional entre episodios.
La recuperación funcional va muy por detrás de la recuperación de los síntomas, especialmente con respecto a la recuperación ocupacional, lo que resulta en un estatus socioeconómico más bajo a pesar de niveles equivalentes de educación en comparación con la población general. Los deterioros cognitivos persisten a lo largo de la vida, incluso durante los períodos eutímicos, y pueden contribuir a dificultades vocacionales e interpersonales. Un mayor nivel de estigma autopercibido se asocia con un menor nivel de funcionamiento.

Diagnóstico diferencial

Trastorno depresivo mayor. Existe el riesgo de diagnosticar erróneamente el trastorno bipolar I como depresión unipolar debido a la prominencia de la depresión en la presentación del trastorno bipolar I: 1) el primer episodio del trastorno bipolar suele ser depresivo, 2) los síntomas depresivos son los síntomas más frecuentes experimentados en todo el curso a largo plazo del trastorno bipolar I, y 3) el problema por el cual las personas suelen buscar ayuda es la depresión. Cuando el individuo presenta un episodio de depresión mayor, es importante investigar activamente si hay antecedentes de manía o hipomanía. Los factores que podrían indicar que el diagnóstico es de trastorno bipolar I en lugar de trastorno depresivo mayor en un individuo que presenta un episodio depresivo actual incluyen antecedentes familiares de trastorno bipolar, inicio de la enfermedad a principios de los 20 años, numerosos episodios pasados, presencia de síntomas psicóticos y una antecedentes de falta de respuesta al tratamiento antidepresivo o aparición de un episodio maníaco durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva).

Otros trastornos bipolares. Trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y otros trastornos bipolares y trastorno relacionado son similares al trastorno bipolar I en virtud de que incluyen

períodos de síntomas hipomaníacos en sus presentaciones, pero se diferencian del trastorno bipolar I por la ausencia de episodios maníacos.

Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático u otros trastornos de ansiedad. A

Se necesita una historia cuidadosa de los síntomas para diferenciar el trastorno de ansiedad generalizada del trastorno bipolar, ya que las cavilaciones ansiosas pueden confundirse con pensamientos acelerados (y viceversa), y los esfuerzos por minimizar los sentimientos de ansiedad pueden tomarse como un comportamiento impulsivo. De manera similar, los síntomas del trastorno de estrés postraumático deben diferenciarse de los del trastorno bipolar. Es útil evaluar la naturaleza episódica de los síntomas descritos (el trastorno bipolar I clásico es episódico), así como considerar los desencadenantes de los síntomas, al realizar este diagnóstico diferencial.

Trastorno bipolar y relacionados debido a otra afección médica. El diagnóstico de trastorno bipolar y relacionados.

Machine Translated by Google

Se debe considerar trastorno debido a otra afección médica en lugar de trastorno bipolar I si se considera que los episodios maníacos, basándose en la historia, los hallazgos de laboratorio o el examen físico, son la consecuencia fisiológica directa de otra afección médica (p. ej., enfermedad de Cushing, esclerosis múltiple).).

Trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicamentos. Un trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias o medicamentos se distingue del trastorno bipolar I por el hecho de que se considera que una sustancia (p. ej., estimulantes, fenciclidina) o un medicamento (p. ej., esteroides) está etiológicamente relacionada con el episodio maníaco. Debido a que las personas con un episodio maníaco tienen una tendencia a abusar de sustancias durante un episodio, es importante determinar si el uso de sustancias es una consecuencia de un episodio maníaco primario o si el episodio maníaco ha sido causado por el uso de la sustancia. En algunos casos, un diagnóstico definitivo puede implicar establecer que los síntomas maníacos persisten una vez que el individuo ya no consume la sustancia. Tenga en cuenta que los episodios maníacos que surgen en el contexto del tratamiento con un medicamento antidepresivo pero que persisten a un nivel completamente sindrómico más allá del efecto fisiológico del medicamento justifican un diagnóstico de trastorno bipolar I en lugar de trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicamentos.

Trastorno esquizoafectivo. El trastorno esquizoafectivo se caracteriza por períodos en los que los episodios maníacos y depresivos mayores son concurrentes con los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia y períodos en los que se producen delirios o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de un episodio maníaco o depresivo mayor. El diagnóstico es “trastorno bipolar I, con características psicóticas” si los síntomas psicóticos han ocurrido exclusivamente durante episodios maníacos y depresivos mayores.

Desorden hiperactivo y deficit de atencion. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad se caracteriza por síntomas persistentes de falta de atención, hiperactividad e impulsividad, que pueden parecerse a los síntomas de un episodio maníaco (p. ej., distracción, aumento de la actividad, comportamiento impulsivo) y comienzan a los 12 años. Los síntomas de manía en el trastorno bipolar I ocurren en distintos episodios y generalmente comienzan al final de la adolescencia o principios de la edad adulta.

Trastorno disruptivo de desregulación del estado de ánimo. En individuos con irritabilidad severa, particularmente niños y adolescentes, se debe tener cuidado de aplicar el diagnóstico de trastorno bipolar I sólo a aquellos que han tenido un episodio claro de manía o hipomanía, es decir, un período de tiempo distinto, de la duración requerida. durante el cual la irritabilidad era claramente diferente de la línea de base del individuo y estaba acompañada por la aparición de otros síntomas característicos de la manía (p. ej., grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, presión en el habla, participación en actividades con un alto potencial de consecuencias dolorosas). Cuando la irritabilidad de un niño es persistente y particularmente grave, el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo sería más apropiado. De hecho, cuando se evalúa la manía de cualquier niño, es esencial que los síntomas representen un cambio claro con respecto al comportamiento típico del niño.

Desorden de personalidad. Los trastornos de la personalidad, como el trastorno límite de la personalidad, pueden tener una superposición sintomática sustancial con el trastorno bipolar I, ya que la labilidad del estado de ánimo y la impulsividad son comunes en ambas afecciones. Para hacer un diagnóstico de trastorno bipolar I, los síntomas de labilidad del estado de ánimo e impulsividad deben representar un episodio distinto de la enfermedad, o debe haber un aumento notable en estos síntomas con respecto a los valores iniciales del individuo para justificar un diagnóstico adicional de trastorno bipolar I. .

Machine Translated by Google

Comorbilidad Los

trastornos mentales concurrentes son la norma en el trastorno bipolar I, y la mayoría de las personas tienen antecedentes de tres o más trastornos. Los trastornos comórbidos más frecuentes son los trastornos de ansiedad, el trastorno por consumo de alcohol, el trastorno por consumo de otras sustancias y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los factores socioculturales influyen en el patrón de condiciones comórbidas en el trastorno bipolar. Por ejemplo, los países con prohibiciones culturales contra el consumo de alcohol u otras sustancias pueden tener una menor prevalencia de comorbilidad por consumo de sustancias. El trastorno bipolar I se asocia frecuentemente con el trastorno de personalidad límite, esquizotípico y antisocial. En particular, aunque la naturaleza subyacente de la relación entre el trastorno bipolar I y el trastorno límite de la personalidad no está clara, la comorbilidad sustancial entre los dos puede reflejar similitudes en la fenomenología (es decir, diagnosticar erróneamente los extremos emocionales del trastorno límite de la personalidad como trastorno bipolar I), influencia de los rasgos de personalidad límite en la vulnerabilidad al trastorno bipolar I, y el impacto de la adversidad en la primera infancia en el desarrollo tanto del trastorno bipolar I como del trastorno límite de la personalidad.

Las personas con trastorno bipolar I también tienen altas tasas de afecciones médicas concurrentes graves y, a menudo, no tratadas, lo que explica en gran medida la menor esperanza de vida de las personas con trastorno bipolar. Las comorbilidades aparecen en múltiples sistemas orgánicos, siendo las enfermedades cardiovasculares y autoinmunes, la apnea obstructiva del sueño, el síndrome metabólico y la migraña más comunes entre las personas con trastorno bipolar que en la población general. El sobrepeso/obesidad comórbido es una preocupación particular para las personas con trastorno bipolar y se asocia con malos resultados del tratamiento.

Trastorno bipolar II

Criterios de diagnóstico F31.81

Para un diagnóstico de trastorno bipolar II, es necesario cumplir los siguientes criterios para un episodio hipomaníaco actual o pasado y los siguientes criterios para un episodio depresivo mayor actual o pasado:

Episodio hipomaníaco A. Un

período distinto de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y aumento anormal y persistente de actividad o energía, que dura al menos 4 días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de energía y actividad, tres (o más) de los siguientes síntomas han persistido (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notable del comportamiento habitual y han estado presentes en una proporción significativa. grado: 1. Autoestima inflada o grandiosidad.

2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo 3 horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para seguir hablando.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se aceleran.

Machine Translated by Google

5. Distracción (es decir, atención demasiado fácil a cosas sin importancia o irrelevantes). estímulos externos), tal como se informa u observa.

6. Aumento de la actividad dirigida a objetivos (ya sea social, en el trabajo o la escuela, o sexualmente) o agitación psicomotora.

7. Participación excesiva en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (por ejemplo, participar en compras desenfrenadas, indiscreciones sexuales o inversiones comerciales tontas).

C. El episodio se asocia con un cambio inequívoco en el funcionamiento que es poco característico del individuo cuando no es sintomático.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables mediante otros.

E. El episodio no es lo suficientemente grave como para causar un deterioro marcado en el funcionamiento social u ocupacional o para requerir hospitalización. Si hay rasgos psicóticos, el episodio es, por definición, maníaco.

F. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, otro tratamiento) u otra afección médica.

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

Episodio depresivo mayor A. Cinco

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

Nota: No incluya síntomas que sean claramente atribuibles a una condición médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indicado por un informe subjetivo (p. ej., se siente triste, vacío o desesperado) o por la observación hecha por otros (p. ej., parece lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, puede haber estado de ánimo irritable.)

2. Interés o placer marcadamente disminuido en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica el relato subjetivo o la observación).

3. Pérdida de peso significativa cuando no se hace dieta o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considere la posibilidad de no alcanzar el peso esperado

Machine Translated by Google

ganar.)

4. Insomnio o hipersomnio casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por los demás, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o desaceleración).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días. (ya sea por relato subjetivo o según lo observado por otros).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o otra condición médica.

Nota: Los criterios A a C constituyen un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina financiera, pérdidas por un desastre natural, una enfermedad médica grave o una discapacidad) pueden incluir sentimientos de tristeza intensa, cavilaciones sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso notada. en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados para la pérdida, se debe considerar cuidadosamente la presencia de un episodio depresivo mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio de un juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida. 1 Trastorno bipolar II A. Se han cumplido los criterios para al menos un episodio hipomaníaco (Criterios A a F en “Episodio hipomaníaco” arriba) y

al menos un episodio

depresivo mayor (Criterios A a C en “Episodio depresivo mayor” arriba).

B. Nunca ha habido un episodio maníaco.

C. Al menos un episodio hipomaníaco y al menos un episodio depresivo mayor no se explican mejor por el trastorno esquizoafectivo y no se superponen a la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado ni a otros trastornos psicóticos.

D. Los síntomas de depresión o la imprevisibilidad causada por la alternancia frecuente entre períodos de depresión e hipomanía causan malestar o deterioro clínicamente significativo en el ámbito social, laboral u otros aspectos importantes.

Machine Translated by Google

áreas de funcionamiento.

Procedimientos de codificación y registro El

trastorno bipolar II tiene un código de diagnóstico: F31.81. Su estado con respecto a la gravedad actual, la presencia de características psicóticas, la evolución y otros especificadores no se pueden codificar, pero deben indicarse por escrito (p. ej., F31.81 trastorno bipolar II, episodio depresivo actual, gravedad moderada, con características mixtas; F31. 81 trastorno bipolar II, episodio más reciente depresivo, en remisión parcial).

Especifique el episodio actual o más reciente:

Deprimido

hipomaníaco

Si el episodio actual es hipomaníaco (o el episodio más reciente si el trastorno bipolar II está en remisión parcial o total):

Al registrar el diagnóstico, los términos deben enumerarse en el siguiente orden: trastorno bipolar II, episodio hipomaníaco actual o más reciente, en remisión parcial/en remisión total (p. 175) (si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio hipomaníaco) , más cualquiera de los siguientes especificadores de episodios hipomaníacos que sean aplicables. Nota: Los especificadores “con ciclos rápidos” y “con patrón estacional” describen el patrón de los episodios del estado de ánimo.

Especifique

si: Con angustia (p. 169-170)

Con características mixtas (págs. 170-171)

Con ciclos rápidos (p. 171)

Con inicio periparto (págs. 173-174)

Con patrón estacional (págs. 174-175)

Si el episodio actual es depresivo (o el episodio más reciente si el trastorno bipolar II está en remisión parcial o total): al

registrar el diagnóstico, los términos deben enumerarse en el siguiente orden: trastorno bipolar II, episodio depresivo actual o más reciente, leve/moderado. /grave (si actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor), en remisión parcial/en remisión total (si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor) (p. 175), más cualquiera de los siguientes estados depresivos mayores especificadores de episodios que sean aplicables. Nota: Los especificadores “con ciclos rápidos” y “con patrón estacional” describen el patrón de los episodios del estado de ánimo.

Especifique

si: Con angustia (págs. 169-170)

Con características mixtas (págs. 170-171)

Con ciclos rápidos (p. 171)

Con rasgos melancólicos (págs. 171-172)

Machine Translated by Google

Con rasgos atípicos (págs. 172-173)

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (p. 173)

Con rasgos psicóticos incongruentes con el estado de ánimo (p. 173)

Con catatonia (pág. 173). Nota de codificación: Utilice el código adicional F06.1.

Con inicio periparto (págs. 172-174)

Con patrón estacional (págs. 174-175)

Especifique el curso si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio del estado de ánimo: En remisión parcial (p. 175)

En plena remisión (p. 175)

Especifique la gravedad si actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor:

Leve (pág. 175)

Moderado (pág. 175)

Severo (pág. 175)

Características diagnósticas El

trastorno bipolar II se caracteriza por un curso clínico de episodios recurrentes del estado de ánimo que consisten en uno o más episodios depresivos mayores (Criterios A–C en “Episodio depresivo mayor”) y al menos un episodio hipomaníaco (Criterios A–F en “Episodio hipomaníaco”). ”). Un diagnóstico de un episodio depresivo mayor requiere que haya un período de estado de ánimo deprimido o, como alternativa, una marcada disminución del interés o del placer, durante la mayor parte del día, casi todos los días, y que dure un mínimo de dos semanas. El estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés deben ir acompañados de síntomas adicionales que ocurren casi todos los días (p. ej., alteraciones del sueño, agitación o retraso psicomotor) hasta un total de al menos cinco síntomas. El diagnóstico de un episodio hipomaníaco requiere que haya un período distinto de

Estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y aumento anormal y persistente de la actividad o energía durante la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos 4 días consecutivos, acompañado de tres (o cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) síntomas adicionales (p. ej. , autoestima inflada, disminución de la necesidad de dormir, distracción) que persisten y representan un cambio notable del comportamiento y funcionamiento habituales. Por definición, los síntomas psicóticos no ocurren en los episodios hipomaníacos y parecen ser menos frecuentes en los episodios depresivos mayores del trastorno bipolar II que en los del trastorno bipolar I. La presencia de un episodio maníaco durante el curso de la enfermedad excluye el diagnóstico de trastorno bipolar II (Criterio B en “Trastorno bipolar II”). Además, para que los episodios depresivos e hipomaníacos cuenten para el diagnóstico de trastorno bipolar II, al menos uno de los episodios depresivos y al menos uno de los episodios hipomaníacos no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (es decir, medicamentos, drogas o abuso o exposición a toxinas) u otra condición médica. Tenga en cuenta que los episodios hipomaníacos que surgen durante el tratamiento antidepresivo y persisten durante al menos 4 días a un nivel completamente sindrómico más allá de los efectos fisiológicos del tratamiento no se consideran

Machine Translated by Google

inducidos por sustancias y cuentan para el diagnóstico de trastorno bipolar II. Además, al menos un episodio hipomaníaco y al menos un episodio depresivo mayor no se explican por un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y no se superponen a la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado u otro trastorno psicótico (Criterio C bajo “Trastorno Bipolar II”). Los episodios depresivos o el patrón de cambios de humor impredecibles deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio D bajo “Trastorno bipolar II”). Los episodios depresivos mayores recurrentes suelen ser más frecuentes y prolongados que los que ocurren en el trastorno bipolar I.

Las personas con trastorno bipolar II suelen acudir al médico durante un episodio depresivo mayor. Es poco probable que inicialmente se quejen de hipomanía porque no reconocen los síntomas de la hipomanía o la consideran deseable. Los episodios hipomaníacos, por definición, no causan un deterioro significativo. En cambio, el deterioro resulta de episodios depresivos mayores o de un patrón persistente de cambios de humor impredecibles y funcionamiento interpersonal u ocupacional fluctuante y poco confiable. Es posible que las personas con trastorno bipolar II no consideren los episodios hipomaníacos como patológicos o desventajosos, aunque otros pueden sentirse preocupados por el comportamiento errático del individuo. La información clínica de otros informantes, como amigos cercanos o familiares, suele ser útil para establecer el diagnóstico del trastorno bipolar II.

Un episodio hipomaníaco no debe confundirse con los varios días de eutimia y recuperación de energía o actividad que pueden seguir a la remisión de un episodio depresivo mayor. A pesar de las diferencias sustanciales en duración y gravedad entre un episodio maníaco y un episodio hipomaníaco, el trastorno bipolar II no es una “forma más leve” del trastorno bipolar I. En comparación con las personas con trastorno bipolar I, las personas con trastorno bipolar II tienen una mayor cronicidad de la enfermedad y pasan, en promedio, más tiempo en la fase depresiva de su enfermedad, que puede ser grave y/o incapacitante.

Aunque los requisitos diagnósticos para los episodios depresivos mayores son idénticos ya sea que ocurran en el contexto del trastorno bipolar II o del trastorno depresivo mayor, ciertas características clínicas de los episodios pueden indicar un posible diagnóstico diferencial. Por ejemplo, la coexistencia de insomnio e hipersomnia no es infrecuente en los episodios depresivos mayores tanto en el trastorno bipolar II como en el trastorno depresivo mayor; sin embargo, tanto el insomnio como la hipersomnia están sobrerrepresentados entre las mujeres con trastorno bipolar II. De manera similar, los síntomas depresivos atípicos (hipersomnia, hiperfagia) son comunes en ambos trastornos, pero más en aquellos con trastorno bipolar II.

Los síntomas depresivos que coexisten con un episodio hipomaníaco o los síntomas hipomaníacos que coexisten con un episodio depresivo son comunes en personas con trastorno bipolar II y están sobrerrepresentados en las mujeres, particularmente la hipomanía con características mixtas.

Es posible que las personas que experimentan hipomanía con características mixtas no etiqueten sus síntomas como hipomanía, sino que los experimenten como depresión con mayor energía o irritabilidad.

Funciones asociadas

Una característica común del trastorno bipolar II es la impulsividad, que puede contribuir a los intentos de suicidio.

Machine Translated by Google

y trastornos por uso de sustancias.

Puede haber niveles elevados de creatividad durante los episodios hipomaníacos en algunas personas con trastorno bipolar II. Sin embargo, esa relación puede ser no lineal; es decir, mayores logros creativos a lo largo de la vida se han asociado con formas más leves de trastorno bipolar, y se ha encontrado una mayor creatividad en miembros de la familia no afectados. El apego del individuo a la perspectiva de una mayor creatividad durante los episodios hipomaníacos puede contribuir a la ambivalencia sobre la búsqueda de tratamiento o socavar la adherencia al tratamiento.

Predominio

La prevalencia de 12 meses del trastorno bipolar II en los Estados Unidos es del 0,8%. La prevalencia a 12 meses a nivel internacional es del 0,3%. La tasa de prevalencia del trastorno bipolar II pediátrico es difícil de establecer. El trastorno bipolar I, bipolar II y el trastorno bipolar no especificado del DSM-IV arrojan una tasa de prevalencia combinada del 1,8 % en muestras de comunidades de EE. UU. y fuera de EE. UU., con tasas más altas (2,7 % inclusive) en jóvenes de 12 años o más.

Desarrollo y evolución Aunque el trastorno

bipolar II puede comenzar al final de la adolescencia y durante toda la edad adulta, la edad promedio de inicio es alrededor de los 20 años, que es ligeramente más tarde que para el trastorno bipolar I pero antes que para el trastorno depresivo mayor. La edad de inicio no distingue de manera confiable entre el trastorno bipolar I y II. La enfermedad suele comenzar con un episodio depresivo y no se reconoce como trastorno bipolar II hasta que ocurre un episodio hipomaníaco; Esto sucede en aproximadamente el 12% de las personas con el diagnóstico inicial de trastorno depresivo mayor. La ansiedad, el consumo de sustancias o los trastornos alimentarios también pueden preceder al diagnóstico, complicando su detección. Muchas personas experimentan varios episodios de depresión mayor antes del primer episodio hipomaníaco reconocido, típicamente con un desfase de más de 10 años entre el inicio de la enfermedad y el diagnóstico de un trastorno bipolar.

El trastorno bipolar II es un trastorno muy recurrente: más del 50% de las personas experimentan un nuevo episodio dentro del año posterior al primero. Las personas con trastorno bipolar II también tienen más variaciones estacionales en el estado de ánimo en comparación con aquellas con trastorno bipolar I.

El número de episodios a lo largo de la vida (tanto hipomaníacos como depresivos mayores) tiende a ser mayor en el trastorno bipolar II que en el trastorno depresivo mayor o el trastorno bipolar I. Sin embargo, las personas con trastorno bipolar I en realidad tienen más probabilidades de experimentar síntomas hipomaníacos que las personas con trastorno bipolar II. El intervalo entre los episodios del estado de ánimo en el curso del trastorno bipolar II tiende a disminuir a medida que el individuo envejece. Si bien el episodio hipomaníaco es la característica que define el trastorno bipolar II, los episodios depresivos son más duraderos e incapacitantes en el tiempo. A pesar del predominio de la depresión, una vez ocurrido un episodio hipomaníaco, el diagnóstico pasa a ser trastorno bipolar II y nunca revierte a trastorno depresivo mayor.

Aproximadamente entre el 5% y el 15% de las personas con trastorno bipolar II tienen múltiples (cuatro o más) episodios de estado de ánimo (hipomanicos o depresivos mayores) en los 12 meses anteriores. Si este patrón está presente, el especificador lo indica "con ciclos rápidos". Los ciclos rápidos son más comunes en mujeres y pueden reflejar un empeoramiento general del trastorno bipolar.

Pasar de un episodio depresivo a un episodio maníaco o hipomaníaco (con o sin
características mixtas) pueden ocurrir, tanto de forma espontánea como durante el tratamiento para la depresión.

Machine Translated by Google

Alrededor del 5% al 15% de las personas con trastorno bipolar II finalmente desarrollarán un episodio maníaco, lo que cambia el diagnóstico a trastorno bipolar I, independientemente del curso posterior.

Hacer el diagnóstico en niños suele ser un desafío, especialmente en aquellos con irritabilidad e hiperexcitación no episódica (es decir, que carecen de períodos bien delimitados de alteración del estado de ánimo). La irritabilidad no episódica en la juventud se asocia con un riesgo elevado de sufrir trastornos de ansiedad y trastorno depresivo mayor, pero no trastorno bipolar, en la edad adulta. Los jóvenes persistentemente irritables tienen tasas familiares más bajas de trastorno bipolar que los jóvenes que padecen trastorno bipolar. Para que se diagnostique un episodio hipomaníaco, los síntomas del niño deben exceder lo esperado en un entorno y cultura determinados para la etapa de desarrollo del niño. Al igual que los adultos, los jóvenes con trastorno bipolar II pasan menos tiempo hipomaníacos en comparación con aquellos con trastorno bipolar I, y el episodio de presentación inicial suele ser la depresión. En comparación con el inicio en la edad adulta del trastorno bipolar II, el inicio del trastorno en la niñez o la adolescencia puede estar asociado con un curso de vida más severo.

La tasa de incidencia a 3 años del trastorno bipolar II de primera aparición en adultos mayores de 60 años es del 0,34%. Sin embargo, distinguir a los individuos mayores de 60 años con trastorno bipolar II por edad de inicio tardía o temprana no parece tener ninguna utilidad clínica. La presencia de síntomas hipomaníacos concurrentes durante un episodio depresivo es más común durante los episodios depresivos bipolares II en comparación con los episodios depresivos que ocurren en el contexto de una depresión mayor y puede ayudar a distinguir a las personas mayores con trastorno bipolar II de aquellos con trastorno depresivo mayor. En cualquier presentación posterior del trastorno bipolar en la vida, es importante considerar factores médicos, incluidas las posibles causas médicas y neurológicas de los nuevos síntomas.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Genéticos y fisiológicos.

El riesgo de trastorno bipolar II tiende a ser mayor entre los familiares de personas con trastorno bipolar II, a diferencia de las personas con trastorno bipolar I o trastorno depresivo mayor. Aproximadamente un tercio de las personas con trastorno bipolar II informaron antecedentes familiares de trastorno bipolar. Puede haber factores genéticos que influyan en la edad de aparición de los trastornos bipolares. También hay evidencia de que el trastorno bipolar II puede tener una arquitectura genética que es al menos parcialmente distinta del trastorno bipolar I y de la esquizofrenia.

Modificadores de curso.

Un patrón de ciclo rápido se asocia con un peor pronóstico. El retorno al nivel anterior de función social en personas con trastorno bipolar II es más probable en personas de edad más joven y con depresión menos grave, lo que sugiere efectos adversos de la enfermedad prolongada en la recuperación. Más educación, menos años de enfermedad y estar casado se asocian de forma independiente con la recuperación funcional en personas con trastorno bipolar, incluso después de tener en cuenta el tipo de diagnóstico (I frente a II), los síntomas depresivos actuales y la presencia de comorbilidad psiquiátrica.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Mientras que la proporción de género para el trastorno bipolar I es igual, los hallazgos sobre las diferencias de género en el trastorno bipolar II son mixtos y difieren según el tipo de muestra (es decir, de registro, comunitaria o clínica) y el país de origen. Hay poca o ninguna evidencia de diferencias de género bipolares en la población general, mientras que algunas muestras clínicas, pero no todas, sugieren que el trastorno bipolar II es más común en mujeres que en hombres, lo que puede reflejar diferencias de género en la búsqueda de tratamiento u otros factores.

Machine Translated by Google

Sin embargo, los patrones de enfermedad y comorbilidad parecen diferir según el sexo, siendo las mujeres más propensas que los hombres a informar hipomanía con características depresivas mixtas y un curso cíclico rápido. El parto también puede ser un desencadenante específico de un episodio hipomaníaco, que puede ocurrir en 10 a 20% de las mujeres en poblaciones no clínicas y más típicamente en el período posparto temprano. Distinguir la hipomanía del estado de ánimo eufórico y la reducción del sueño.

que normalmente acompañan al nacimiento de un niño pueden ser un desafío. La hipomanía posparto puede presagiar la aparición de una depresión que ocurre en aproximadamente la mitad de las mujeres que experimentan "euforias" posparto. La transición a la perimenopausia también puede ser un momento de inestabilidad del estado de ánimo en el trastorno bipolar II. No se han encontrado diferencias de sexo importantes en varias variables clínicas, incluidas las tasas de episodios depresivos, la edad y la polaridad de inicio, los síntomas y la gravedad de la enfermedad.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Aproximadamente un tercio de las personas con trastorno bipolar II informan una historia de intento de suicidio en su vida. El riesgo y la incidencia de intento de suicidio en el trastorno bipolar II y bipolar I parecen ser similares. En general, parece haber tasas aproximadamente iguales de intentos de suicidio y muertes por suicidio entre personas con trastorno bipolar II y bipolar I, aunque en general las tasas tanto de intentos como de muertes son significativamente más altas que en la población general. El tiempo pasado en un episodio depresivo se asocia más significativamente con el diagnóstico de bipolar I o bipolar II en términos de riesgo de intento de suicidio. Sin embargo, la letalidad de los intentos, definida por una proporción más baja de intentos y muertes por suicidio, puede ser mayor en personas con trastorno bipolar II en comparación con personas con trastorno bipolar I. Puede haber una asociación entre los marcadores genéticos y un mayor riesgo de comportamiento suicida en personas con trastorno bipolar, incluido un riesgo 6,5 veces mayor de suicidio entre los familiares de primer grado de los probandos bipolares II en comparación con los familiares de primer grado de los probandos bipolares I.

Consecuencias funcionales del trastorno bipolar II Aunque muchos individuos con trastorno bipolar II regresan a un nivel completamente funcional entre los episodios del estado de ánimo, al menos el 15% continúa teniendo alguna disfunción entre episodios y el 20% pasa directamente a otro episodio del estado de ánimo sin recuperación entre episodios. La recuperación funcional va sustancialmente por detrás de la recuperación de los síntomas del trastorno bipolar II, especialmente en lo que respecta a la recuperación ocupacional, lo que resulta en un estatus socioeconómico más bajo a pesar de niveles de educación equivalentes a los de la población general. Las personas con trastorno bipolar II obtienen peores resultados que las personas sanas en las pruebas cognitivas. Los deterioros cognitivos asociados con el trastorno bipolar II pueden contribuir a las dificultades vocacionales. El desempleo prolongado en personas con trastorno bipolar se asocia con más episodios de depresión, edad avanzada, mayores tasas de trastorno de pánico actual y antecedentes de trastorno por consumo de alcohol a lo largo de su vida.

Diagnóstico diferencial Trastorno depresivo mayor. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por la ausencia tanto de episodios maníacos como de episodios hipomaníacos. Dado que la presencia de algún estado maníaco o hipomaníaco

Machine Translated by Google

síntomas (p. ej., menos síntomas o una duración más corta que la requerida para la hipomanía) aún pueden ser compatibles con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor, es importante determinar si los síntomas cumplen con los criterios de un episodio hipomaníaco para determinar si es más apropiado realizar el diagnóstico. Diagnóstico del trastorno bipolar II. Los episodios depresivos dominan el curso general de la enfermedad para la mayoría de las personas con trastorno bipolar II, lo que contribuye al desfase de una década entre el inicio de la enfermedad y el diagnóstico del trastorno bipolar II. Debido a que los criterios de diagnóstico para el episodio depresivo mayor son idénticos en el trastorno depresivo mayor y en el trastorno bipolar II, el diagnóstico del trastorno bipolar II sólo puede realizarse obteniendo información sobre al menos un episodio hipomaníaco previo para distinguir el trastorno bipolar II del trastorno depresivo mayor. trastorno

Trastorno ciclotímico. En el trastorno ciclotímico, hay numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen con los criterios de síntomas o duración de un episodio hipomaníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen con los criterios de síntomas o duración de un episodio depresivo mayor. El trastorno bipolar II se distingue del trastorno ciclotímico por la presencia de uno o más episodios hipomaníacos y uno o más episodios depresivos mayores.

Esquizofrenia. La esquizofrenia se caracteriza por síntomas psicóticos en fase activa que pueden ir acompañados de episodios depresivos mayores. El diagnóstico de esquizofrenia se realiza si no han ocurrido episodios depresivos mayores simultáneamente con los síntomas de la fase activa. Si han ocurrido al mismo tiempo, el diagnóstico de esquizofrenia se hace si los episodios depresivos mayores han estado presentes sólo durante una minoría del tiempo. El diagnóstico es trastorno bipolar II, con características psicóticas, si los síntomas psicóticos han ocurrido exclusivamente durante episodios depresivos mayores.

Trastorno esquizoafectivo. El trastorno esquizoafectivo se caracteriza por períodos en los que los síntomas depresivos son concurrentes con los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia y períodos en los que se producen delirios o alucinaciones durante al menos dos semanas en ausencia de un episodio depresivo mayor. El diagnóstico es trastorno bipolar II, con características psicóticas, si los síntomas psicóticos han ocurrido exclusivamente durante episodios depresivos mayores.

Trastorno bipolar y relacionados debido a otra afección médica. El diagnóstico de trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica debe realizarse en lugar del trastorno bipolar II si se considera que los episodios hipomaníacos, basándose en la historia, los hallazgos de laboratorio o el examen físico, son la consecuencia fisiológica directa de otra afección médica (p. ej. , enfermedad de Cushing, esclerosis múltiple).

Trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicamentos. Un trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias o medicamentos se distingue del trastorno bipolar II por el hecho de que se considera que una sustancia (p. ej., estimulantes, fenciclidina) o un medicamento (p. ej., esteroides) está etiológicamente relacionada con los episodios hipomaníacos y depresivos mayores. Debido a que las personas con un episodio hipomaníaco tienen una tendencia a abusar de sustancias durante un episodio, es importante determinar si el uso de sustancias es una consecuencia de un episodio hipomaníaco primario o si el episodio de tipo hipomaníaco ha sido causado por el uso de la sustancia. En algunos casos, un diagnóstico definitivo puede implicar establecer que los síntomas hipomaníacos o depresivos persisten una vez que el individuo deja de consumir la sustancia. Tenga en cuenta que los episodios hipomaníacos que surgen en el contexto del tratamiento con un medicamento antidepresivo pero que persisten a un nivel completamente sindrómico

Machine Translated by Google

más allá del efecto fisiológico del medicamento justifican un diagnóstico de trastorno bipolar II en lugar de trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos.

Desorden hiperactivo y deficit de atencion. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) puede diagnosticarse erróneamente como trastorno bipolar II, especialmente en adolescentes y niños. Muchos síntomas del TDAH, como hablar excesivamente, distraerse y tener menos necesidad de dormir, se superponen con los síntomas de la hipomanía. El doble conteo de síntomas tanto del TDAH como del trastorno bipolar II se puede evitar si el médico aclara si los síntomas representan un episodio distinto y si está presente el aumento notable con respecto al valor inicial requerido para el diagnóstico del trastorno bipolar II.

Desorden de personalidad. La misma convención que se aplica al TDAH también se aplica al evaluar a un individuo para detectar un trastorno de personalidad como el trastorno límite de la personalidad porque la labilidad del estado de ánimo y la impulsividad son comunes tanto en los trastornos de la personalidad como en el trastorno bipolar II. Los síntomas deben representar un episodio distinto y debe estar presente el aumento notable con respecto al valor inicial requerido para el diagnóstico del trastorno bipolar II. No se debe realizar un diagnóstico de un trastorno de la personalidad durante un episodio del estado de ánimo no tratado a menos que la historia de vida respalde la presencia de un trastorno de la personalidad.

Otros trastornos bipolares. El diagnóstico del trastorno bipolar II debe diferenciarse del trastorno bipolar I considerando cuidadosamente si ha habido episodios previos de manía y de otros trastornos bipolares y relacionados, especificados y no especificados, confirmando la presencia de hipomanía y depresión completamente sindrómicas.

Comorbilidad

El trastorno bipolar II suele estar asociado con uno o más trastornos mentales concurrentes, siendo los trastornos de ansiedad los más comunes. Aproximadamente el 60% de las personas con trastorno bipolar II tienen tres o más trastornos mentales concurrentes; El 75% tiene un trastorno de ansiedad, más comúnmente ansiedad social (38%), fobia específica (36%) y ansiedad generalizada (30%). La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno de ansiedad comórbido no difiere entre los trastornos bipolares I y bipolar II, pero se asocia con un peor curso de la enfermedad. Los niños y adolescentes con trastorno bipolar II tienen una tasa más alta de trastornos de ansiedad concurrentes en comparación con aquellos con trastorno bipolar I, y el trastorno de ansiedad suele ser anterior al trastorno bipolar.

Los trastornos de ansiedad y uso de sustancias ocurren en personas con trastorno bipolar II a un ritmo mayor que en la población general. Cabe señalar que la ansiedad concurrente y el trastorno por uso de sustancias no parecen seguir un curso de enfermedad que sea verdaderamente independiente del del trastorno bipolar II, sino que más bien tienen fuertes asociaciones con los estados de ánimo. Por ejemplo, los trastornos de ansiedad tienden a asociarse más con síntomas depresivos y los trastornos por uso de sustancias se asocian moderadamente con síntomas hipomaníacos.

La prevalencia de los trastornos por uso de sustancias parece ser similar entre los trastornos bipolares I y bipolares II, más comúnmente trastornos por consumo de alcohol (42%) y consumo de cannabis (20%). Los factores socioculturales influyen en el patrón de condiciones comórbidas en el trastorno bipolar II. Por ejemplo, los países con prohibiciones culturales contra el consumo de alcohol u otras sustancias pueden tener una menor prevalencia de comorbilidad por consumo de sustancias.

Los individuos con trastorno bipolar II parecen tener tasas más bajas de síndrome postraumático comórbido.

Machine Translated by Google

trastorno de estrés en comparación con individuos con trastorno bipolar I.

Aproximadamente el 14% de las personas con trastorno bipolar II tienen al menos un trastorno alimentario en su vida, siendo el trastorno por atracón más común que la bulimia nerviosa y la anorexia.
nerviosa.

El síndrome premenstrual y el trastorno disfórico premenstrual son comunes en mujeres con trastorno bipolar, especialmente en aquellas con trastorno bipolar II. Entre las mujeres que tienen síndrome premenstrual y/o trastorno disfórico premenstrual, los síntomas del estado de ánimo bipolar y la labilidad pueden ser más graves.

Los individuos con trastorno bipolar II también tienen condiciones médicas comórbidas, que tienen el potencial de complicar sustancialmente la evolución y el pronóstico. Estos incluyen enfermedades cardiovasculares, migraña y trastornos autoinmunes.

Trastorno ciclotímico

Criterios de diagnóstico	F34.0

R. Durante al menos 2 años (al menos 1 año en niños y adolescentes) ha habido numerosos períodos con síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios de un episodio hipomaníaco y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios de un episodio depresivo mayor. .

B. Durante el período de 2 años mencionado anteriormente (1 año en niños y adolescentes), los síntomas del Criterio A han estado presentes durante al menos la mitad del tiempo y el individuo no ha estado sin los síntomas durante más de 2 meses seguidos.

C. Los criterios para un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco nunca han sido
reunió.

D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico.

E. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. Los síntomas causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especifique

si: Tiene angustia (véanse las págs. 169 y 170)

Funciones de diagnóstico

La característica esencial del trastorno ciclotímico es una alteración crónica y fluctuante del estado de ánimo.

Machine Translated by Google

que involucra numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y períodos de síntomas depresivos (Criterio A). Los síntomas hipomaníacos son de número, gravedad, omnipresencia y/o duración insuficientes para cumplir todos los criterios de un episodio hipomaníaco, y los síntomas depresivos son de número, gravedad, omnipresencia y/o duración insuficientes para cumplir todos los criterios de un episodio depresivo mayor. episodio. Durante el período inicial de 2 años (1 año para niños o adolescentes), los síntomas deben ser persistentes (presentes más días de los que no), y cualquier intervalo libre de síntomas no debe durar más de 2 meses (Criterio B). El diagnóstico de trastorno ciclotímico se realiza sólo si nunca se han cumplido los criterios para un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco (Criterio C).

Si un individuo con trastorno ciclotímico posteriormente (es decir, después de los 2 años iniciales en adultos o 1 año en niños o adolescentes) experimenta un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco, el diagnóstico cambia a trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I u otro. trastorno bipolar y relacionado especificado o no especificado (subclasificado como episodio hipomaníaco sin episodio depresivo mayor previo), respectivamente, y se descarta el diagnóstico de trastorno ciclotímico.

El diagnóstico de trastorno ciclotímico no se realiza si el patrón de cambios de humor se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otros trastornos psicóticos (Criterio D), en cuyo caso los síntomas del estado de ánimo se consideran características asociadas del trastorno psicótico. La alteración del estado de ánimo tampoco debe ser atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo) (Criterio E). Aunque algunos individuos pueden funcionar particularmente bien durante algunos de los períodos de hipomanía, durante el curso prolongado del trastorno debe haber malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento como resultado de la alteración del estado de ánimo. Criterio F). El patrón prolongado de cambios de humor repetidos, a menudo impredecibles, puede conducir a un deterioro atribuible a los efectos negativos de los síntomas mismos combinados con los efectos negativos que el patrón de imprevisibilidad e inconsistencia tiene sobre el funcionamiento interpersonal y el desempeño de roles (es decir, roles familiares y ocupacionales).

Predominio

La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno ciclotímico en Estados Unidos y Europa es aproximadamente del 0,4% al 2,5%. La prevalencia en las clínicas de trastornos del estado de ánimo puede oscilar entre el 3% y el 5%. En la población general, el trastorno ciclotímico aparentemente es igualmente común en hombres y mujeres. En entornos clínicos, las mujeres con trastorno ciclotímico pueden tener más probabilidades de presentarse para recibir tratamiento que los hombres.

Desarrollo y evolución El trastorno

ciclotímico suele comenzar en la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta y, en ocasiones, se considera que refleja una predisposición temperamental a otros trastornos de este capítulo. La gran mayoría de los jóvenes con trastorno ciclotímico experimentan la aparición de síntomas del estado de ánimo antes de los 10 años. El trastorno ciclotímico suele tener un inicio insidioso y un curso persistente. Existe un riesgo del 15 % al 50 % de que una persona con trastorno ciclotímico padezca

Machine Translated by Google

desarrollar posteriormente trastorno bipolar I o trastorno bipolar II; Las tasas de conversión diagnóstica son más altas en los jóvenes que en los adultos. La aparición de síntomas hipomaníacos y depresivos persistentes y fluctuantes en una etapa avanzada de la vida adulta debe diferenciarse claramente del trastorno bipolar y otros relacionados debido a otra afección médica y del trastorno depresivo debido a otra afección médica (p. ej., esclerosis múltiple) antes de asignar el diagnóstico de trastorno ciclotímico.

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico. El trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II son más comunes entre los familiares biológicos de primer grado de personas con trastorno ciclotímico que en la población general. También puede haber un mayor riesgo familiar de sufrir trastornos relacionados con sustancias. El trastorno ciclotímico puede ser más común en familiares biológicos de primer grado de personas con trastorno bipolar I que en la población general.

Diagnóstico diferencial

Trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica. El diagnóstico de trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica se realiza cuando se considera que la alteración del estado de ánimo es atribuible al efecto fisiológico de una afección médica específica, generalmente crónica (p. ej., hipertiroidismo). Esta determinación se basa en la historia, el examen físico y/o los hallazgos de laboratorio. Si se considera que los síntomas hipomaníacos y depresivos no son consecuencia fisiológica de la afección médica, entonces se codifican el trastorno mental primario (es decir, el trastorno ciclotímico) y la afección médica. Por ejemplo, este sería el caso si los síntomas del estado de ánimo se consideran la consecuencia psicológica (no fisiológica) de tener una condición médica crónica, o si no existe una relación etiológica entre los síntomas hipomaníacos y depresivos y la condición médica.

Trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos y trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos.
El trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos y el trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos se distinguen del trastorno ciclotímico por el criterio de que una sustancia/medicamento (especialmente los estimulantes) está etiológicamente relacionado con la alteración del estado de ánimo. Los frecuentes cambios de humor en estos trastornos que sugieren un trastorno ciclotímico generalmente se resuelven después del cese del uso de sustancias o medicamentos.

Trastorno bipolar I, con ciclos rápidos, y trastorno bipolar II, con ciclos rápidos. Ambos trastornos pueden parecerse al trastorno ciclotímico en virtud de los frecuentes y marcados cambios de humor. Por definición, en el trastorno ciclotímico nunca se han cumplido los criterios para un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco, mientras que el especificador de trastorno bipolar I y trastorno bipolar II "con ciclos rápidos" requiere que estén presentes episodios de estado de ánimo plenos.

Trastorno límite de la personalidad. El trastorno límite de la personalidad se asocia con cambios marcados, breves y recurrentes en el estado de ánimo que pueden sugerir un trastorno ciclotímico. La participación en conductas potencialmente autodestructivas se puede observar en ambas condiciones, pero tendría que ocurrir en el contexto de otros síntomas hipomaníacos para estar relacionados con la ciclotimia. La inestabilidad del estado de ánimo en el trastorno límite de la personalidad ocurre en los dominios de ansiedad, irritabilidad y tristeza, mientras que la euforia, la euforia y/o el aumento de energía no son rasgos característicos del trastorno límite de la personalidad. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, se pueden diagnosticar tanto el trastorno límite de la personalidad como el trastorno ciclotímico.

Machine Translated by Google

Comorbilidad Los

trastornos relacionados con sustancias y los trastornos del sueño (es decir, dificultades para iniciar y mantener el sueño) pueden estar presentes en personas con trastorno ciclotímico. Tasas de comorbilidad

Los trastornos psiquiátricos en niños con trastorno ciclotímico tratados en entornos psiquiátricos ambulatorios son mayores que los de los niños con trastorno de conducta disruptiva/déficit de atención/hiperactividad y similares a los de los niños con trastorno bipolar I o II.

Bipolar inducido por sustancias/medicamentos y relacionados Trastorno

Criterios de diagnóstico

A. Una alteración prominente y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y se caracteriza por un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal de la actividad o la energía.

B. Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de (1) y (2): 1. Los síntomas del Criterio A se

desarrollaron durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición o la abstinencia de un medicamento. .

2. La sustancia/medicamento involucrado es capaz de producir los síntomas en Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno bipolar o relacionado que no sea inducido por sustancias o medicamentos. Dicha evidencia de un trastorno bipolar independiente o relacionado podría incluir lo siguiente: Los

síntomas preceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período de tiempo sustancial (p. ej., aproximadamente 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o de la intoxicación grave; o hay otra evidencia que sugiere la existencia de un trastorno bipolar independiente no inducido por sustancias o medicamentos y un trastorno relacionado (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias o medicamentos).

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Este diagnóstico debe realizarse en lugar de un diagnóstico de intoxicación o abstinencia de sustancias sólo cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean lo suficientemente graves como para justificar

Machine Translated by Google

atención clínica.

Nota de codificación: La CIE-10-MC codifica la enfermedad inducida por [sustancia/medicamento específico].
Los trastornos bipolares y relacionados se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que la CIE-10-
El código CM depende de si existe o no un trastorno comórbido por uso de sustancias
presente para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, un adicional separado
No se realiza el diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias. Si un trastorno leve por uso de sustancias
tiene comorbilidad con el trastorno bipolar inducido por sustancias y trastornos relacionados, la cuarta posición
El carácter es “1” y el médico debe registrar “trastorno leve por uso de [sustancias]”
antes del trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias (p. ej., “consumo leve de cocaína
trastorno bipolar inducido por cocaína y trastorno relacionado”). Si es moderado o severo
El trastorno por uso de sustancias es comórbido con el trastorno bipolar inducido por sustancias y otros trastornos relacionados.
trastorno, el carácter de la cuarta posición es “2” y el médico debe registrar “moderado”.
trastorno por uso de [sustancias]” o “trastorno por uso de [sustancias] grave”, según el
gravedad del trastorno comórbido por uso de sustancias. Si no hay sustancia comórbida
trastorno por consumo (p. ej., después de un consumo excesivo de la sustancia una sola vez), luego el cuarto
El carácter de posición es “9” y el médico debe registrar sólo la posición inducida por la sustancia.
Trastorno bipolar y relacionados.

	CIE-10-CM		
	Con uso suave trastorno	Con moderada o trastorno de consumo severo	Sin uso trastorno
Alcohol	F10.14	F10.24	F10.94
fenciclidina	F16.14	F16.24	F16.94
Otro alucinógeno	F16.14	F16.24	F16.94
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.	F13.14	F13.24	F13.94
Sustancia tipo anfetamina (u otra estimulante)	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	F14.14	F14.24	F14.94
Otra sustancia (o desconocida)	F19.14	F19.24	F19.94

Especifique (consulte la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias”)
que indica si “con inicio durante la intoxicación” y/o “con inicio durante la intoxicación”
abstinencia” se aplica a una determinada clase de sustancia; o especificar “con inicio después
uso de medicamentos”):

Con inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios para la intoxicación con el
sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la retirada: Si se cumplen los criterios para la retirada del
sustancia y los síntomas se desarrollan durante o poco después de la abstinencia.

Con inicio después del uso de medicamentos: si los síntomas se desarrollaron al inicio del tratamiento.
medicación, con un cambio en el uso de la medicación o durante la retirada de la misma.
medicamento.

Machine Translated by Google

Procedimientos de registro El

nombre del trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancia/medicamento comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se presume está causando los síntomas del estado de ánimo bipolar. El código de diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de fármaco y la presencia o ausencia de un trastorno comórbido por uso de sustancias.
Para sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se debe utilizar el código para "otra sustancia (o sustancia desconocida)"; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, también se deberá utilizar el mismo código.

Al registrar el nombre del trastorno, el trastorno comórbido por uso de sustancias (si lo hay) aparece primero, seguido de la palabra "con", seguido del nombre del trastorno bipolar inducido por sustancias y trastorno relacionado, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). Por ejemplo, en el caso de síntomas de irritabilidad que aparecen durante la intoxicación en un hombre con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.24 trastorno grave por consumo de cocaína con trastorno bipolar inducido por cocaína y trastorno relacionado, que comienza durante la intoxicación. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno comórbido grave por consumo de cocaína. Si el trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias ocurre sin un trastorno comórbido por uso de sustancias (p. ej., después de un consumo intenso de la sustancia una sola vez), no se observa ningún trastorno por uso de sustancias acompañante (p. ej., F15.94 trastorno bipolar y relacionado inducido por anfetaminas trastorno, que comienza durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia desempeña un papel importante en el desarrollo de los síntomas del estado de ánimo bipolar, cada una debe enumerarse por separado (p. ej., F15.24 trastorno grave por consumo de metilfenidato con trastorno bipolar y relacionado inducido por metilfenidato, que comienza durante la intoxicación; F19 .94 trastorno bipolar y relacionados inducido por dexametasona, que comienza durante la intoxicación).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos es una alteración prominente y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y se caracteriza por un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal de la actividad o la energía (Criterio A).); Se considera que estos síntomas son atribuibles a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o una exposición a una toxina) (Criterio B).

Para cumplir con los criterios para el diagnóstico, el estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y el aumento de actividad o energía deben haberse desarrollado durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o la abstinencia de un medicamento, como lo demuestra la historia clínica, el examen físico. o hallazgos de laboratorio (Criterio B1), y la sustancia/medicamento involucrado debe ser capaz de producir un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y un aumento de la actividad o energía (Criterio B2). Además, el estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y el aumento de actividad o energía no se explican mejor por un trastorno bipolar y relacionado no inducido por sustancias o medicamentos.

La evidencia de un trastorno bipolar independiente y relacionado incluye la observación de que el estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y el aumento de actividad o energía precedieron al inicio del uso de sustancias/medicamentos, los síntomas persisten más allá de un período de tiempo sustancial después del cese de la abstinencia aguda. o intoxicación grave (es decir, generalmente más de 1 mes), o

Machine Translated by Google

Existe otra evidencia que sugiere la existencia de un trastorno bipolar y relacionado independiente no inducido por sustancias/medicamentos (Criterio C), como por ejemplo antecedentes de episodios maníacos recurrentes no inducidos por sustancias. El diagnóstico de trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por sustancias/ medicamentos no debe realizarse cuando los síntomas aparecen exclusivamente durante el curso de un delirio (Criterio D). Finalmente, el diagnóstico requiere que los síntomas inducidos por la sustancia o el medicamento causen malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio E). El diagnóstico de trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias debe realizarse en lugar de un diagnóstico de intoxicación o abstinencia de sustancias sólo cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y sean lo suficientemente graves como para justificar atención clínica independiente.

Una excepción clave al diagnóstico de trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias o medicamentos es el caso de hipomanía o manía que ocurre después del uso de medicamentos antidepresivos u otros tratamientos y persiste más allá de los efectos fisiológicos del medicamento. La persistencia de hipomanía o manía se considera un indicador de un verdadero trastorno bipolar, no de un trastorno bipolar y otros trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicamentos. De manera similar, a las personas con aparentes episodios maníacos o hipomaníacos inducidos por terapia electroconvulsiva que persisten más allá de los efectos fisiológicos del tratamiento se les diagnostica trastorno bipolar, no trastorno bipolar inducido por sustancias o medicamentos y trastorno relacionado. Además, los síntomas bipolares y relacionados inducidos por sustancias o medicamentos pueden sugerir una diátesis bipolar subyacente en personas a las que no se les ha diagnosticado previamente trastornos bipolares.

Los efectos secundarios de algunos antidepresivos y otros fármacos psicotrópicos (p. ej., nerviosismo, agitación) pueden parecerse a los síntomas primarios de un síndrome maníaco, pero son fundamentalmente distintos de los síntomas bipolares y son insuficientes para el diagnóstico. Es decir, los síntomas criterio de manía/hipomanía tienen especificidad (la simple agitación no es lo mismo que una participación excesiva en actividades con un propósito) y debe estar presente un número suficiente de síntomas (no sólo uno o dos síntomas) para hacer estos diagnósticos. En particular, la aparición de uno o dos síntomas inespecíficos (irritabilidad, nerviosismo o agitación durante el tratamiento antidepresivo) en ausencia de un síndrome maníaco o hipomaníaco completo no debe considerarse para respaldar un diagnóstico de trastorno bipolar.

Funciones asociadas

Las sustancias/medicamentos que normalmente se consideran asociados con el trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos incluyen la clase de medicamentos estimulantes, como

así como fenciclidina y esteroides; sin embargo, a medida que se sintetizan nuevos compuestos siguen surgiendo varias sustancias potenciales (por ejemplo, las llamadas sales de baño).

Predominio

Existen datos epidemiológicos limitados sobre la prevalencia de manía o trastorno bipolar inducido por sustancias o medicamentos. La prevalencia del trastorno bipolar inducido por sustancias dependerá de la disponibilidad de sustancias y del nivel de consumo de sustancias en una sociedad; por ejemplo, los países con prohibiciones culturales contra el consumo de alcohol u otras sustancias pueden tener una menor prevalencia de consumo de sustancias.

Machine Translated by Google

trastornos relacionados.

Desarrollo y evolución En la manía

inducida por fenciclidina, la presentación inicial puede ser la de un delirio con características afectivas, que luego se convierte en un estado maníaco o maníaco mixto de apariencia atípica. Esta condición sigue rápidamente a la ingestión o inhalación, generalmente en unas horas o, como máximo, en unos pocos días. En estados maníacos o hipomaníacos inducidos por estimulantes, la respuesta es de minutos a 1 hora después de una o varias ingestiones o inyecciones. El episodio es muy breve y normalmente se resuelve en 1 a 2 días. Con los corticosteroides y algunos medicamentos inmunosupresores, la manía (o estado mixto o depresivo) generalmente sigue a varios días de ingestión, y las dosis más altas parecen tener una probabilidad mucho mayor de producir síntomas bipolares.

Marcadores Diagnósticos La

determinación de la sustancia de uso se puede realizar a través de marcadores en sangre u orina para corroborar el diagnóstico.

Diagnóstico diferencial El trastorno

bipolar inducido por sustancias/medicamentos y el trastorno relacionado deben diferenciarse de otros trastornos bipolares, intoxicación por sustancias, abstinencia de sustancias, delirio inducido por sustancias y efectos secundarios de los medicamentos (como se señaló anteriormente). Un episodio maníaco completo que surge durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero que persiste en un nivel completamente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es evidencia suficiente para un diagnóstico de trastorno bipolar I. Un episodio hipomaníaco completo que surge durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero que persiste en un nivel completamente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es evidencia suficiente para un diagnóstico de trastorno bipolar II sólo si está precedido por un episodio depresivo mayor.

Intoxicación por sustancias y abstinencia de sustancias. Pueden producirse euforia, irritabilidad y aumento de energía en caso de intoxicación por sustancias (p. ej., intoxicación por estimulantes) o abstinencia de sustancias (p. ej., abstinencia de cannabis). El diagnóstico de intoxicación o abstinencia de una sustancia específica suele ser suficiente para clasificar la presentación de los síntomas. Se debe realizar un diagnóstico de trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos, ya sea con inicio durante la intoxicación o con inicio durante la abstinencia, en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando el estado de ánimo eufórico o irritable o los síntomas de aumento de energía son predominantes en el cuadro clínico. cuadro y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica.

Comorbilidad Las

comorbilidades son aquellas asociadas con el uso de sustancias ilícitas (en el caso de estimulantes ilegales o fenciclidina) o el desvío de estimulantes prescritos. Las comorbilidades relacionadas con medicamentos esteroides o inmunosupresores son aquellas indicaciones médicas para estos preparados.
El delirio puede ocurrir antes o junto con los síntomas maníacos en personas que ingieren fenciclidina o en aquellas a quienes se les recetan medicamentos esteroides u otros medicamentos inmunosupresores.

Machine Translated by Google

Trastorno bipolar y relacionados debido a otra causa médica Condición

Criterios de diagnóstico

A. Una alteración prominente y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y se caracteriza por un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal de la actividad o la energía.

B. Existe evidencia a partir de la anamnesis, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

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

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, o requiere hospitalización para evitar daños a uno mismo o a otros, o hay características psicóticas.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende del especificador (ver más abajo).

Especifique

si: F06.33 Con características maníacas: no se cumplen todos los criterios para un episodio maníaco o hipomaníaco.

F06.33 Con episodio maníaco o hipomaníaco: se cumplen todos los criterios excepto el Criterio D para un episodio maníaco o excepto el Criterio F para un episodio hipomaníaco.

F06.34 Con características mixtas: los síntomas de depresión también están presentes pero no predominan en el cuadro clínico.

Nota de codificación: incluya el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., F06.33 trastorno bipolar debido a hipertiroidismo, con características maníacas). La otra afección médica también debe codificarse y enumerarse por separado inmediatamente antes del trastorno bipolar y el trastorno relacionado debido a la afección médica (p. ej., E05.90 hipertiroidismo; F06.33 trastorno bipolar debido a hipertiroidismo, con características maníacas).

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica son la presencia de un período prominente y persistente de estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal de la actividad o energía que predomina en el cuadro clínico (Criterio A) que es atribuible. a otra condición médica (Criterio B). En la mayoría de los casos, el cuadro maníaco o hipomaníaco puede aparecer durante la presentación inicial de la afección médica (es decir, dentro de 1 mes); sin embargo, existen excepciones, especialmente en afecciones médicas crónicas que pueden empeorar o recaer y presagiar la aparición del cuadro maníaco o hipomaníaco. El trastorno bipolar y otros relacionados debido a otra afección médica no se diagnosticarían cuando el

Machine Translated by Google

Los episodios maníacos o hipomaníacos definitivamente precedieron a la afección médica, porque el diagnóstico adecuado sería trastorno bipolar (excepto en la circunstancia inusual de que todos los episodios maníacos o hipomaníacos anteriores o, cuando solo ha ocurrido uno de esos episodios, el episodio maníaco o hipomaníaco anterior) se asociaron con la ingestión de una sustancia/medicamento). El diagnóstico de trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica no debe realizarse durante el curso de un delirio (Criterio D). El episodio maníaco o hipomaníaco en el trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento para calificar para este diagnóstico (Criterio E).

Funciones asociadas

La lista de afecciones médicas que se dice que pueden inducir manía nunca está completa, y el mejor criterio del médico es la esencia de este diagnóstico. Entre las afecciones médicas más conocidas que pueden causar una condición maníaca o hipomaníaca bipolar se encuentran la enfermedad de Cushing y la esclerosis múltiple, así como los accidentes cerebrovasculares y las lesiones cerebrales traumáticas. Los anticuerpos contra el receptor de N-metil- D-aspartato (NMDA) se han asociado con estados de ánimo maníacos o mixtos y síntomas psicóticos. En tales casos, la afección médica causante sería la encefalitis anti-receptor NMDA.

Desarrollo y evolución El trastorno bipolar

y otros relacionados debido a otra afección médica suelen aparecer de forma aguda o subaguda dentro de las primeras semanas o meses de la aparición de la afección médica asociada.
Sin embargo, este no es siempre el caso, ya que un empeoramiento o una recaída posterior de la afección médica asociada puede preceder a la aparición del síndrome maníaco o hipomaníaco. En estas situaciones, el médico debe emitir un juicio clínico sobre si la afección médica es causal, basándose en la secuencia temporal y en la plausibilidad de una relación causal. Finalmente, la afección puede remitir antes o justo después de que remita la afección médica, especialmente cuando el tratamiento de los síntomas maníacos/hipomanicos es eficaz.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

Las diferencias relacionadas con la cultura, en la medida en que exista evidencia, se refieren a aquellas asociadas con la afección médica (por ejemplo, las tasas de esclerosis múltiple y accidente cerebrovascular varían en todo el mundo según factores dietéticos, factores genéticos y otros factores). factores ambientales).

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Las

diferencias de género se refieren a aquellas asociadas con la afección médica (p. ej., el lupus eritematoso sistémico es más común en mujeres; el accidente cerebrovascular es algo más común en hombres de mediana edad en comparación con mujeres).

Marcadores de diagnóstico Los

marcadores de diagnóstico pertenecen a aquellos asociados con la afección médica (p. ej., niveles de esteroides en

Machine Translated by Google

sangre u orina para ayudar a corroborar el diagnóstico de la enfermedad de Cushing, que puede estar asociada con síndromes maníacos o depresivos; pruebas de laboratorio que confirman el diagnóstico de esclerosis múltiple).

Consecuencias funcionales del trastorno bipolar y relacionados debido a Otra condición médica

Las consecuencias funcionales de los síntomas bipolares pueden exacerbar las deficiencias asociadas con la afección médica y pueden generar peores resultados debido a la interferencia con los servicios médicos. tratamiento.

Diagnóstico diferencial

Delirio y trastorno neurocognitivo mayor o leve. No se realiza un diagnóstico separado de trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica si la alteración del estado de ánimo ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio. Sin embargo, se puede dar un diagnóstico de trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica, además de un diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor o leve, si se considera que la alteración del estado de ánimo es una consecuencia fisiológica del proceso patológico que causa el trastorno neurocognitivo y si los síntomas Los síntomas de irritabilidad o estado de ánimo elevado son una parte destacada de la presentación clínica.

Síntomas de catatonia y ansiedad aguda. Es importante diferenciar los síntomas de manía de los síntomas catatónicos excitados y de la agitación relacionada con estados de ansiedad aguda.

Síntomas maníacos o depresivos inducidos por medicamentos. Una observación de diagnóstico diferencial importante es que la otra afección médica puede tratarse con medicamentos (p. ej., esteroides o interferón alfa) que pueden inducir síntomas depresivos o maníacos. En estos casos, el juicio clínico utilizando toda la evidencia disponible es la mejor manera de tratar de separar el más probable y/o el más importante de dos factores etiológicos (es decir, asociación con la afección médica versus una inducida por una sustancia o medicamento). síndrome). El diagnóstico diferencial de las condiciones médicas asociadas es relevante pero en gran medida está más allá del alcance del presente manual.

Comorbilidad Las condiciones comórbidas con el trastorno bipolar y el trastorno relacionado debido a otra afección médica son aquellas asociadas con afecciones médicas de relevancia etiológica. El delirio puede ocurrir antes o junto con los síntomas maníacos en personas con enfermedad de Cushing.

Otros trastornos bipolares y relacionados especificados

F31.89

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que se presentan síntomas característicos de un trastorno bipolar y otros relacionados que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en lo social,

Machine Translated by Google

predominan áreas ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento, pero no cumplen con todos los criterios para ninguno de los trastornos en la clase de diagnóstico de trastornos bipolares y relacionados. La categoría de otro trastorno bipolar y relacionado específico se utiliza en situaciones en las que el médico elige comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de ningún trastorno bipolar y relacionado específico. Esto se hace registrando "otro trastorno bipolar específico y relacionado" seguido del motivo específico (p. ej., "ciclotimia de corta duración").

Ejemplos de presentaciones que pueden especificarse utilizando la designación "otro especificado" incluyen los siguientes:

1. Episodios hipomaníacos de corta duración (2 a 3 días) y episodios depresivos mayores: antecedentes de por vida de uno o más episodios depresivos mayores en individuos cuya presentación nunca ha cumplido todos los criterios para un episodio maníaco o hipomaníaco, pero ha experimentado dos o más episodios de hipomanía de corta duración que cumplen todos los criterios sintomáticos para un episodio hipomaníaco pero que sólo duran 2 a 3 días. Los episodios de síntomas hipomaníacos no se superponen en el tiempo con los episodios depresivos mayores, por lo que la alteración no cumple los criterios de episodio depresivo mayor, con características mixtas.
2. Episodios hipomaníacos con síntomas insuficientes y episodios depresivos mayores: antecedentes de por vida de uno o más episodios depresivos mayores en individuos cuya presentación nunca ha cumplido todos los criterios para un episodio maníaco o hipomaníaco pero que han experimentado uno o más episodios de hipomanía que no cumplir con todos los criterios sintomáticos (es decir, al menos 4 días consecutivos de estado de ánimo elevado y uno o dos de los otros síntomas de un episodio hipomaníaco, o estado de ánimo irritable y dos o tres de los otros síntomas de un episodio hipomaníaco). Los episodios de síntomas hipomaníacos no se superponen en el tiempo con los episodios depresivos mayores, por lo que la alteración no cumple los criterios de episodio depresivo mayor, con características mixtas.
3. Episodio hipomaníaco sin episodio depresivo mayor previo: Uno o más episodios hipomaníacos en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido todos los criterios para un episodio depresivo mayor o un episodio maníaco.

4. Ciclotimia de corta duración (menos de 24 meses): episodios múltiples de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios de un episodio hipomaníaco y episodios múltiples de síntomas depresivos que no cumplen los criterios de un episodio depresivo mayor que persisten durante un período de menos de 24 meses. de 24 meses (menos de 12 meses para niños o adolescentes) en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido todos los criterios de un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco y no cumple los criterios de ningún trastorno psicótico. Durante el curso del trastorno, los síntomas hipomaníacos o depresivos están presentes durante la mayor parte de los días, el individuo no ha estado sin síntomas durante más de 2 meses seguidos y los síntomas causan malestar o deterioro clínicamente significativo.
5. Episodio maníaco superpuesto a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado.

Machine Translated by Google

y otros trastornos psicóticos. Nota: Los episodios maníacos que forman parte del trastorno esquizoafectivo no ameritan un diagnóstico adicional de otro trastorno bipolar específico y relacionado.

Trastorno bipolar no especificado y trastornos relacionados

F31.9

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno bipolar y relacionado que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos en el trastorno bipolar y Clase diagnóstica de trastornos relacionados. La categoría de trastorno bipolar y relacionado no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico elige no especificar el motivo por el cual no se cumplen los criterios para un trastorno bipolar y relacionado específico, e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico. (p. ej., en salas de emergencia).

Trastorno del estado de ánimo no especificado

F39

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del estado de ánimo que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que en el momento de la evaluación no cumplen con todos los criterios para cualquiera de los los trastornos en las clases de diagnóstico de trastornos bipolares o depresivos y en los que es difícil elegir entre trastorno bipolar no especificado y relacionado y trastorno depresivo no especificado (p. ej., agitación aguda).

Especificadores de trastornos bipolares y relacionados

Especifique si:

Con angustia ansiosa: la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas durante la mayoría de los días del episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor actual en el trastorno bipolar I (o el episodio más reciente si el trastorno bipolar I está en remisión parcial o total).); o del episodio hipomaníaco o depresivo mayor actual en el trastorno bipolar II (o el episodio más reciente si el trastorno bipolar II está en remisión parcial o total); o durante la mayoría de los días sintomáticos en el trastorno ciclotímico:

Machine Translated by Google

1. Sentirse nervioso o tenso.
2. Sentirse inusualmente inquieto.

3. Dificultad para concentrarse debido a la preocupación.
4. Miedo a que pueda pasar algo terrible.
5. Sensación de que el individuo podría perder el control de sí mismo.

Especifique la gravedad

actual: Leve: dos síntomas.

Moderado: tres síntomas.

Moderado-grave: cuatro o cinco síntomas.

Grave: Cuatro o cinco síntomas con agitación motora.

Nota: Se ha observado que la angustia es una característica destacada de los trastornos bipolares y depresivos mayores, tanto en atención primaria como en entornos especializados de salud mental. Los altos niveles de ansiedad se han asociado con un mayor riesgo de suicidio, una mayor duración de la enfermedad y una mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento. Como resultado, es clínicamente útil especificar con precisión la presencia y los niveles de gravedad de la angustia ansiosa para la planificación del tratamiento y el seguimiento de la respuesta al tratamiento.

Con características mixtas: el especificador de características mixtas puede aplicarse al episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor actual en el trastorno bipolar I (o al episodio más reciente si el trastorno bipolar I está en remisión parcial o total) o al episodio hipomaníaco o depresivo mayor actual. Episodio de trastorno bipolar II (o el episodio más reciente si el trastorno bipolar II está en remisión parcial o total): Episodio maníaco o hipomaníaco, con

características mixtas:

A. Se cumplen todos los criterios para un episodio maníaco o episodio hipomaníaco, y al menos tres de los siguientes síntomas están presentes durante la mayoría de los días del episodio actual o más reciente de manía o hipomanía: 1. Disforia prominente o estado de

ánimo deprimido según lo indicado. ya sea por informe subjetivo (p. ej., se siente triste o vacío) u observación hecha por otros (p. ej., parece lloroso).

2. Disminución del interés o placer en todas, o casi todas, las actividades (como lo indica el relato subjetivo o la observación hecha por otros).
3. Retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros; no sentimientos meramente subjetivos de ralentización).
4. Fatiga o pérdida de energía.
5. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).
6. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para

Machine Translated by Google

suicidándose.

B. Los síntomas mixtos son observables por otros y representan un cambio con respecto al comportamiento habitual de la persona.

C. Para individuos cuyos síntomas cumplen simultáneamente los criterios de episodio completo de manía y depresión, el diagnóstico debe ser episodio maníaco, con características mixtas, debido al marcado deterioro y la gravedad clínica de la manía total.

D. Los síntomas mixtos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento u otro tratamiento).

Episodio depresivo, con características mixtas:

R. Se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor y al menos tres de los siguientes síntomas maníacos/hipomanicos están presentes durante la mayoría de los días del episodio de depresión actual o más reciente: 1. Estado de ánimo elevado y expansivo.

2. Autoestima inflada o grandiosidad.

3. Más hablador de lo habitual o presión para seguir hablando.

4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se aceleran.

5. Aumento de la energía o de la actividad dirigida a objetivos (ya sea social, en el trabajo o la escuela, o sexualmente).

6. Participación mayor o excesiva en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (por ejemplo, participar en compras desenfrenadas, indiscreciones sexuales o inversiones comerciales tontas).

7. Disminución de la necesidad de dormir (sentirse descansado a pesar de dormir menos de habitual; debe contrastarse con el insomnio).

B. Los síntomas mixtos son observables por otros y representan un cambio con respecto al comportamiento habitual de la persona.

C. Para individuos cuyos síntomas cumplen todos los criterios de episodio maníaco y depresivo simultáneamente, el diagnóstico debe ser episodio maníaco, con características mixtas.

D. Los síntomas mixtos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento u otro tratamiento).

Nota: Se ha descubierto que las características mixtas asociadas con un episodio depresivo mayor son un factor de riesgo significativo para el desarrollo del trastorno bipolar I o bipolar II. Como resultado, es clínicamente útil observar la presencia de este especificador para la planificación del tratamiento y el seguimiento de la respuesta al tratamiento.

Con ciclos rápidos: Presencia de al menos cuatro episodios del estado de ánimo en los 12 meses anteriores que cumplen los criterios de episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor en el trastorno bipolar I o que cumplen los criterios de hipomaníaco o depresivo mayor.

Machine Translated by Google

Episodio en el trastorno bipolar II.

Nota: Los episodios se delimitan por remisiones parciales o totales de al menos 2 meses o un cambio a un episodio de polaridad opuesta (p. ej., episodio depresivo mayor a episodio maníaco).

Nota: La característica esencial de un trastorno bipolar de ciclo rápido es la aparición de al menos cuatro episodios del estado de ánimo durante los 12 meses anteriores.
Estos episodios pueden ocurrir en cualquier combinación y orden. Los episodios deben cumplir con los criterios de duración y número de síntomas para un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco y deben estar delimitados por un período de remisión total o un cambio a un episodio de polaridad opuesta.
Los episodios maníacos e hipomaníacos se cuentan en el mismo polo.
Excepto por el hecho de que ocurren con mayor frecuencia, los episodios que ocurren en un patrón de ciclo rápido no son diferentes de los que ocurren en un patrón de ciclo no rápido. Los episodios del estado de ánimo que cuentan para definir un patrón de ciclo rápido excluyen aquellos episodios causados directamente por una sustancia (p. ej., cocaína, corticosteroides) u otra afección médica.

Con rasgos melancólicos:

A. Uno de los siguientes está presente durante el período más grave del episodio depresivo mayor actual (o el episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno bipolar I o bipolar II se encuentra actualmente en remisión parcial o total): 1. Pérdida del placer en todos , o casi

todas, las actividades.

2. Falta de reactividad ante estímulos habitualmente placenteros (no se siente mucho mejor, aunque sea temporalmente, cuando sucede algo bueno).

B. Tres (o más) de los siguientes:

1. Una cualidad distintiva del estado de ánimo deprimido caracterizado por un profundo abatimiento, desesperación y/o mal humor o por el llamado estado de ánimo vacío.
2. Depresión que suele empeorar por la mañana.

3. Despertar temprano en la mañana (es decir, al menos 2 horas antes del despertar habitual).
4. Marcada agitación o retraso psicomotor.
5. Anorexia o pérdida de peso significativa.
6. Culpa excesiva o inapropiada.

Nota: El especificador “con rasgos melancólicos” se aplica si estos rasgos están presentes en la etapa más grave del episodio. Hay una ausencia casi total de la capacidad de sentir placer, no simplemente una disminución. Una pauta para evaluar la falta de reactividad del estado de ánimo es que incluso los eventos muy deseados no se asocian con una marcada mejora del estado de ánimo. O el estado de ánimo no mejora en absoluto o sólo lo hace parcialmente (p. ej., hasta un 20%-40% de lo normal durante sólo unos minutos cada vez). La “cualidad distintiva” del estado de ánimo

Machine Translated by Google

que es característico del especificador “con rasgos melancólicos” se experimenta como cualitativamente diferente del que se experimenta durante un episodio depresivo no melancólico. Un estado de ánimo deprimido que se describe simplemente como más severo, más duradero o presente sin una razón no se considera de calidad distinta. Los cambios psicomotores casi siempre están presentes y son observables por otros.

Los rasgos melancólicos exhiben sólo una modesta tendencia a repetirse en episodios del mismo individuo. Son más frecuentes en pacientes hospitalizados que en pacientes ambulatorios; son menos probables que ocurran en episodios depresivos mayores más leves que en los más graves; y es más probable que ocurran en personas con características psicóticas.

Con características atípicas: este especificador se aplica cuando estas características predominan durante la mayoría de los días del episodio depresivo mayor actual (o el episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno bipolar I o bipolar II se encuentra actualmente en remisión parcial o total).

A. Reactividad del estado de ánimo (es decir, el estado de ánimo mejora en respuesta a una reacción positiva real o potencial).
eventos).

B. Dos (o más) de los siguientes:

1. Aumento significativo de peso o aumento del apetito.
2. Hipersomnia.
3. Parálisis plúmbea (es decir, sensación de pesadez y plomo en brazos o piernas).
4. Un patrón prolongado de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que resulta en un deterioro social u ocupacional significativo.

C. No se cumplen los criterios para “con rasgos melancólicos” o “con catatonia” durante el mismo episodio.

Nota: La “depresión atípica” tiene un significado histórico (es decir, atípica en contraposición a las presentaciones más clásicas, agitadas y “endógenas” de depresión que eran la norma cuando la depresión rara vez se diagnosticaba en pacientes ambulatorios y casi nunca en adolescentes o adultos más jóvenes) y hoy en día la tiene. no connota una presentación clínica poco común o inusual como el término podría implicar.

La reactividad del estado de ánimo es la capacidad de animarse cuando se le presentan eventos positivos (p. ej., una visita de niños, elogios de otros). El estado de ánimo puede volverse eutímico (no triste) incluso durante períodos prolongados si las circunstancias externas siguen siendo favorables. El aumento del apetito puede manifestarse por un aumento evidente en la ingesta de alimentos o por un aumento de peso.

La hipersomnia puede incluir un período prolongado de sueño nocturno o siestas diurnas que suman al menos 10 horas de sueño por día (o al menos 2 horas más que cuando no está deprimido). La parálisis plúmbea se define como una sensación de pesadez, plomo o agobio, generalmente en los brazos o las piernas. Esta sensación generalmente está presente durante al menos una hora al día, pero a menudo dura muchas horas.

Machine Translated by Google

horas a la vez. A diferencia de otros rasgos atípicos, la sensibilidad patológica al rechazo interpersonal percibido es un rasgo que tiene un inicio temprano y persiste durante la mayor parte de la vida adulta. La sensibilidad al rechazo ocurre tanto cuando la persona está deprimida como cuando no, aunque puede exacerbarse durante los períodos depresivos.

Con características psicóticas: los delirios o alucinaciones están presentes en cualquier momento del episodio maníaco o depresivo mayor actual en el trastorno bipolar I (o del episodio maníaco o depresivo mayor más reciente si el trastorno bipolar I se encuentra actualmente en remisión parcial o total) o en el episodio actual. episodio depresivo mayor en el trastorno bipolar II (o el episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno bipolar II se encuentra actualmente en remisión parcial o total). Si hay características psicóticas presentes, especifique si son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo:

Cuando se aplica al episodio maníaco actual o más reciente (en el trastorno bipolar I):

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: el contenido de todos los delirios y alucinaciones es consistente con los temas maníacos típicos de grandiosidad, invulnerabilidad, etc., pero también puede incluir temas de suspicacia o paranoia, especialmente con respecto a las dudas de los demás sobre las capacidades del individuo. , logros, etc.

Con características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo: el contenido de los delirios y alucinaciones no involucra temas maníacos típicos como los descritos anteriormente, o el contenido es una mezcla de temas incongruentes con el estado de ánimo y congruentes con el estado de ánimo.

Cuando se aplica al episodio depresivo mayor actual o más reciente (en el trastorno bipolar I o el trastorno bipolar II):

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: el contenido de todos los delirios y alucinaciones coincide con los temas depresivos típicos de insuficiencia personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.

Con características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo: el contenido de los delirios y alucinaciones no involucra temas depresivos típicos de insuficiencia personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido, o el contenido es una mezcla de incongruencia con el estado de ánimo y congruencia con el estado de ánimo. temas.

Con catatonia: este especificador se aplica al episodio maníaco o depresivo mayor actual en el trastorno bipolar I (o al episodio maníaco o depresivo mayor más reciente si el trastorno bipolar I se encuentra actualmente en remisión parcial o total) o al episodio depresivo mayor actual en el trastorno bipolar. Trastorno II (o el episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno bipolar II se encuentra actualmente en remisión parcial o total) si hay características catatónicas presentes durante la mayor parte del episodio.
Consulte los criterios de catatonia asociada con un trastorno mental en el capítulo "Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos".

Machine Translated by Google

Con inicio periparto: este especificador se aplica al episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor actual en el trastorno bipolar I (o al episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor más reciente si el trastorno bipolar I se encuentra actualmente en remisión parcial o total) o a el episodio hipomaníaco o depresivo mayor actual en el trastorno bipolar II (o el episodio hipomaníaco o depresivo mayor más reciente si el trastorno bipolar II se encuentra actualmente en remisión parcial o total) si la aparición de síntomas del estado de ánimo ocurre durante el embarazo o en las 4 semanas posteriores al parto.

Nota: Los episodios de humor pueden aparecer durante el embarazo o el posparto. Alrededor del 50% de los episodios depresivos mayores posparto comienzan antes del parto. Por tanto, estos episodios se denominan colectivamente episodios periparto .

Entre la concepción y el nacimiento, alrededor del 9% de las mujeres experimentarán un episodio depresivo mayor. La mejor estimación de la prevalencia de un episodio depresivo mayor entre el nacimiento y los 12 meses posparto es apenas inferior al 7%.

Los episodios del estado de ánimo que aparecen en el periparto pueden presentarse con o sin características psicóticas. El infanticidio (un hecho poco común) se asocia con mayor frecuencia con el posparto.

episodios psicóticos que se caracterizan por alucinaciones que ordenan matar al bebé o delirios de que el bebé está poseído, pero los síntomas psicóticos también pueden ocurrir en episodios graves del estado de ánimo posparto sin tales delirios o alucinaciones específicas.

Los episodios de estado de ánimo posparto (depresivos mayores o maníacos) con características psicóticas parecen ocurrir en 1 de cada 500 a 1 de cada 1000 partos y pueden ser más comunes en mujeres primíparas. El riesgo de episodios posparto con características psicóticas aumenta particularmente en mujeres con episodios previos de estado de ánimo psicótico posparto, pero también es elevado en aquellas con antecedentes de trastorno depresivo o bipolar (especialmente trastorno bipolar I) y en aquellas con antecedentes familiares de trastornos bipolares. .

Una vez que una mujer ha tenido un episodio posparto con características psicóticas, el riesgo de recurrencia en cada parto posterior está entre el 30% y el 50%.
Los episodios posparto deben diferenciarse del delirio que ocurre en el período posparto, que se distingue por un nivel fluctuante de conciencia o atención.

Los trastornos depresivos que aparecen en el periparto deben distinguirse de la mucho más común “tristeza de la maternidad”, o lo que se conoce en términos sencillos como “tristeza posparto”. La tristeza de la maternidad no se considera un trastorno mental y se caracteriza por cambios repentinos de humor (p. ej., la aparición repentina de llanto en ausencia de depresión) que no causan deterioro funcional y que probablemente sean causados por cambios fisiológicos que ocurren después del parto. Es temporal y autolimitado, por lo general mejora rápidamente.

Machine Translated by Google

(en el plazo de una semana) sin necesidad de tratamiento. Otros síntomas de la tristeza de la maternidad incluyen alteraciones del sueño e incluso confusión que puede ocurrir poco después del parto.

Las mujeres perinatales pueden tener un mayor riesgo de sufrir trastornos depresivos debido a anomalías de la tiroides, así como a otras afecciones médicas que pueden causar síntomas depresivos. Si se considera que los síntomas depresivos se deben a otra afección médica relacionada con el período perinatal, se debe diagnosticar un trastorno depresivo debido a otra afección médica en lugar de un episodio depresivo mayor, con inicio en el periparto.

Con patrón estacional: este especificador se aplica al patrón de episodios del estado de ánimo a lo largo de la vida. La característica esencial es un patrón estacional regular de al menos un tipo de episodio (es decir, manía, hipomanía o depresión). Es posible que los otros tipos de episodios no sigan este patrón. Por ejemplo, un individuo puede tener manías estacionales pero depresiones que no ocurren regularmente en una época específica del año.

R. Ha habido una relación temporal regular entre el inicio de episodios maníacos, hipomaníacos o depresivos mayores y una época particular del año (p. ej., en otoño o invierno) en el trastorno bipolar I o bipolar II.

Nota: No incluya casos en los que exista un efecto obvio de factores estresantes psicosociales estacionales (por ejemplo, estar desempleado regularmente cada invierno).

B. Las remisiones completas (o un cambio de depresión mayor a manía o hipomanía o viceversa) también ocurren en una época característica del año (p. ej., la depresión desaparece en la primavera).

C. En los últimos 2 años, los episodios maníacos, hipomaníacos o depresivos mayores del individuo han demostrado una relación estacional temporal, como se definió anteriormente, y no se han producido episodios no estacionales de esa polaridad durante ese período de 2 años.

D. Las manías, hipomanías o depresiones estacionales (como se describe anteriormente) superan sustancialmente en número a cualquier manía, hipomanía o depresión no estacional que pueda haber ocurrido durante la vida del individuo.

Nota: El especificador “con patrón estacional” puede aplicarse al patrón de episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar I y bipolar II, al patrón de episodios maníacos

y episodios hipomaníacos en el trastorno bipolar I, y al patrón de episodios hipomaníacos en el trastorno bipolar II. La característica esencial es el inicio y la remisión de episodios depresivos mayores, maníacos o hipomaníacos en épocas características del año. En la mayoría de los casos, los episodios depresivos mayores estacionales comienzan en otoño o invierno y remiten en primavera. Con menos frecuencia, puede haber episodios depresivos veraniegos recurrentes. Este

Machine Translated by Google

El patrón de inicio y remisión de los episodios debe haber ocurrido durante al menos un período de 2 años, sin que se produzcan episodios no estacionales durante este período. Además, los episodios depresivos, maníacos o hipomaníacos estacionales deben superar sustancialmente en número a los episodios depresivos, maníacos o hipomaníacos no estacionales a lo largo de la vida del individuo.

Este especificador no se aplica a aquellas situaciones en las que el patrón se explica mejor por factores estresantes psicosociales vinculados estacionalmente (por ejemplo, desempleo estacional o horario escolar). No está claro si un patrón estacional de episodios depresivos mayores es más probable en el trastorno depresivo mayor recurrente o en los trastornos bipolares. Sin embargo, dentro del grupo de trastornos bipolares, un patrón estacional de episodios depresivos mayores parece ser más probable en el trastorno bipolar II que en el trastorno bipolar I. En algunas personas, la aparición de episodios maníacos o hipomaníacos también puede estar relacionada con una estación particular, con una estacionalidad máxima de manía o hipomanía desde la primavera hasta el verano.

La prevalencia del patrón estacional de tipo invernal parece variar con la latitud, la edad y el sexo. La prevalencia aumenta con latitudes más altas. La edad también es un fuerte predictor de la estacionalidad, ya que las personas más jóvenes corren un mayor riesgo de sufrir episodios depresivos invernales.

Especifique

si: En remisión parcial: Los síntomas del episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor inmediatamente anterior están presentes pero no se cumplen todos los criterios, o hay un período que dura menos de 2 meses sin ningún síntoma significativo de un episodio maníaco, hipomaníaco o episodio depresivo mayor tras el final de dicho episodio.

En remisión total: durante los últimos 2 meses, no se presentaron signos o síntomas significativos de la alteración.

Especifique la gravedad actual del episodio maníaco:

la gravedad se basa en el número de síntomas de criterio, la gravedad de esos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: se cumplen los criterios mínimos de síntomas para un episodio maníaco.

Moderado: Aumento muy significativo de la actividad o deterioro del juicio.

Grave: Se requiere supervisión casi continua para evitar daños físicos a uno mismo o a otros.

Especifique la gravedad actual del episodio depresivo mayor: la

gravedad se basa en el número de síntomas de criterio, la gravedad de esos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Hay pocos síntomas, si es que hay alguno, que superen los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas es angustiosa pero manejable y los síntomas provocan un deterioro menor en el funcionamiento social u ocupacional.

Moderado: el número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional se encuentran entre los especificados para “leve” y “grave”.

Grave: el número de síntomas excede sustancialmente el requerido para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas es muy angustiante y

Machine Translated by Google

inmanejable y los síntomas interfieren notablemente con el funcionamiento social y ocupacional.

[1]Al distinguir el duelo de un episodio depresivo mayor (EMD), es útil considerar que en el duelo el afecto predominante son los sentimientos de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de anticipar la felicidad o el placer. Es probable que la disforia en el duelo disminuya en intensidad a lo largo de días o semanas y se presente en oleadas, los llamados dolores de duelo. Estas ondas tienden a asociarse con pensamientos o recordatorios del difunto. El estado de ánimo deprimido de un MDE es más persistente y no está ligado a pensamientos o preocupaciones específicas. El dolor del duelo puede ir acompañado de emociones positivas y humor que no son característicos de la infelicidad y la miseria generalizadas características de un EDM. El contenido del pensamiento asociado con el duelo generalmente presenta una preocupación por los pensamientos y recuerdos del fallecido, en lugar de las cavilaciones autocríticas o pesimistas que se ven en un MDE. En el duelo, la autoestima generalmente se preserva, mientras que en un EMD, los sentimientos de inutilidad y autodesprecio son comunes. Si la ideación autodespectiva está presente en el duelo, normalmente implica la percepción de fallas frente al fallecido (p. ej., no visitarlo con suficiente frecuencia, no decirle al fallecido cuánto lo amaban). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y el morir, esos pensamientos generalmente se centran en el difunto y posiblemente en “unirse” al difunto, mientras que en un MDE esos pensamientos se centran en poner fin a su propia vida porque se siente inútil, no merece la vida o incapaz de afrontar el dolor de la depresión.

[1]Al distinguir el duelo de un episodio depresivo mayor (EMD), es útil considerar que en el duelo el afecto predominante son los sentimientos de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de anticipar la felicidad o el placer. Es probable que la disforia en el duelo disminuya en intensidad a lo largo de días o semanas y se presente en oleadas, los llamados dolores de duelo. Estas ondas tienden a asociarse con pensamientos o recordatorios del difunto. El estado de ánimo deprimido de un MDE es más persistente y no está ligado a pensamientos o preocupaciones específicas. El dolor del duelo puede ir acompañado de emociones positivas y humor que no son característicos de la infelicidad y la miseria generalizadas características de un EDM. El contenido del pensamiento asociado con el duelo generalmente presenta una preocupación por los pensamientos y recuerdos del fallecido, en lugar de las cavilaciones autocríticas o pesimistas que se ven en un MDE. En el duelo, la autoestima generalmente se conserva, mientras que en un EMD son comunes los sentimientos de inutilidad y autodesprecio. Si la ideación autodespectiva está presente en el duelo, normalmente implica la percepción de fallas frente al fallecido (p. ej., no visitarlo con suficiente frecuencia, no decirle al fallecido cuánto lo amaban). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y el morir, esos pensamientos generalmente se centran en el difunto y posiblemente en “unirse” al difunto, mientras que en un MDE esos pensamientos se centran en poner fin a su propia vida porque se siente inútil, no merece la vida o incapaz de afrontar el dolor de la depresión.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos incluyen el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno depresivo mayor (incluido el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y el trastorno depresivo no especificado. trastorno. La característica común de todos estos trastornos es la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios relacionados que afectan significativamente la capacidad del individuo para funcionar (p. ej., cambios somáticos y cognitivos en el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente). Lo que difiere entre ellos son cuestiones de duración, momento o presunta etiología.

Para abordar las preocupaciones en los Estados Unidos y, cada vez más, a nivel internacional, sobre el potencial de sobrediagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar en niños, se presentó un nuevo diagnóstico, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que se refiere a la presentación de niños con irritabilidad persistente y episodios frecuentes de A los trastornos depresivos en niños de hasta 12 años se suma el descontrol conductual extremo. Su ubicación en este capítulo refleja el hallazgo de que los niños con este patrón de síntomas suelen desarrollar trastornos depresivos unipolares o trastornos de ansiedad, en lugar de trastornos bipolares, a medida que maduran hasta la adolescencia y la edad adulta.

El trastorno depresivo mayor representa la condición clásica en este grupo de trastornos. Se caracteriza por episodios discretos de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran considerablemente más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas y remisiones entre episodios. Es posible un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque el trastorno es recurrente en la mayoría de los casos. Se debe prestar especial atención a la delimitación de la tristeza y el duelo normales de un episodio depresivo mayor.
El duelo puede provocar un gran sufrimiento, pero no suele provocar un episodio de trastorno depresivo mayor. Cuando ocurren juntos, los síntomas depresivos y el deterioro funcional tienden a ser más graves y el pronóstico es peor en comparación con el duelo que no va acompañado de un trastorno depresivo mayor. Los episodios depresivos mayores relacionados con el duelo tienden a ocurrir en personas con otras vulnerabilidades a los trastornos depresivos.

Se puede diagnosticar una forma más crónica de depresión, el trastorno depresivo persistente, cuando la alteración del estado de ánimo continúa durante al menos 2 años en adultos o 1 año en niños. Este diagnóstico, nuevo en el DSM-5, incluye las categorías diagnósticas del DSM-IV de depresión mayor crónica y distimia.

Después de una cuidadosa revisión científica de la evidencia, el trastorno disfórico premenstrual se trasladó de un apéndice del DSM-IV (“Conjuntos de criterios y ejes proporcionados para estudios adicionales”) a la Sección II del DSM-5. Casi 20 años de investigación adicional sobre esta afección han confirmado una forma de trastorno depresivo específica y que responde al tratamiento, que comienza en algún momento después de la ovulación y remite a los pocos días de la menstruación y tiene un marcado impacto en el funcionamiento.

Una gran cantidad de sustancias de abuso, algunos medicamentos recetados y varios medicamentos

Machine Translated by Google

Las condiciones pueden estar asociadas con fenómenos similares a la depresión. Este hecho se reconoce en los diagnósticos de trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos y trastorno depresivo debido a otra afección médica.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Criterios de diagnóstico F34.81

A. Estallidos de temperamento severos y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., ataques de ira verbal) y/o conductuales (p. ej., agresión física hacia personas o propiedades) que están muy desproporcionados en intensidad o duración con respecto a la situación o provocación.

B. Los arrebatos de ira no son consistentes con el nivel de desarrollo.

C. Los arrebatos de ira ocurren, en promedio, tres o más veces por semana.

D. El estado de ánimo entre los arrebatos de ira es persistentemente irritable o enojado la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por otros (p. ej., padres, maestros, compañeros).

E. Los criterios A–D han estado presentes durante 12 meses o más. A lo largo de ese tiempo, el individuo no ha tenido un período que dure 3 o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.

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

G. El diagnóstico no debe realizarse por primera vez antes de los 6 años o después edad 18 años.

H. Por antecedentes u observación, la edad de inicio de los Criterios A a E es antes de los 10 años.

I. Nunca ha habido un período distinto que dure más de 1 día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios de síntomas, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada para el desarrollo, como la que ocurre en el contexto de un evento altamente positivo o su anticipación, no debe considerarse como un síntoma de manía o hipomanía.

J. Las conductas no ocurren exclusivamente durante un episodio de trastorno depresivo mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro autista, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación, trastorno depresivo persistente).

Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno de oposición desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, incluido el trastorno depresivo mayor, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por uso de sustancias. Individuos cuyos síntomas cumplen los criterios tanto para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo como para

Machine Translated by Google

Al trastorno de oposición desafiante sólo se le debe diagnosticar un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Si un individuo alguna vez ha experimentado un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe asignar el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

K. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o otra condición médica o neurológica.

Características diagnósticas La característica principal del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es la irritabilidad crónica, grave y persistente. Esta irritabilidad grave tiene dos manifestaciones clínicas destacadas, la primera de las cuales son frecuentes estallidos de mal genio. Estos arrebatos suelen ocurrir en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales (este último en forma de agresión contra la propiedad, contra uno mismo o contra otros). Deben ocurrir con frecuencia (es decir, en promedio, tres o más veces por semana) (Criterio C) durante al menos 1 año en al menos dos entornos (Criterios E y F), como el hogar y la escuela, y deben ser inadecuado para el desarrollo (Criterio B). La segunda manifestación de irritabilidad severa consiste en un estado de ánimo crónico, persistentemente irritable o enojado que está presente entre los arrebatos severos de temperamento. Este estado de ánimo irritable o enojado debe ser característico del niño, estar presente la mayor parte del día, casi todos los días, y ser perceptible por otras personas en su entorno (Criterio D).

La presentación clínica del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo debe distinguirse cuidadosamente de las presentaciones de otras afecciones relacionadas, en particular el trastorno bipolar pediátrico. De hecho, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se añadió al DSM-5 para abordar la considerable preocupación sobre la clasificación y el tratamiento apropiados de los niños que presentan irritabilidad crónica y persistente en comparación con los niños que presentan un trastorno bipolar clásico (es decir, episódico).

Algunos investigadores consideran que la irritabilidad grave y no episódica es característica del trastorno bipolar en niños, aunque tanto el DSM-IV como el DSM-5 requieren que tanto los niños como los adultos tengan episodios distintos de manía o hipomanía para calificar para el diagnóstico de trastorno bipolar I. Durante las últimas décadas del siglo XX, esta afirmación de los investigadores de que la irritabilidad grave y no episódica es una manifestación de manía pediátrica coincidió con un aumento en las tasas en las que los médicos asignaban el diagnóstico de trastorno bipolar a sus pacientes pediátricos. Este fuerte aumento en las tasas parece ser atribuible a que los médicos combinan al menos dos presentaciones clínicas en una sola categoría. Es decir, tanto las presentaciones clásicas episódicas de manía como las presentaciones no episódicas de irritabilidad grave se han etiquetado como trastorno bipolar en niños.

En el DSM-5, el término trastorno bipolar se reserva explícitamente para presentaciones episódicas de síntomas bipolares. El DSM-IV no incluyó un diagnóstico diseñado para capturar a los jóvenes cuyos síntomas característicos consistían en irritabilidad muy grave y no episódica, mientras que el DSM-5, con la inclusión del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, proporciona una categoría distinta para tales presentaciones.

Predominio

El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es común entre los niños que acuden a pediatría

Machine Translated by Google

clínicas de salud mental. Las estimaciones de prevalencia del trastorno en la comunidad no están claras. En un estudio de cohorte poblacional de niños brasileños de 11 años que utilizó un módulo específico para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, la prevalencia fue del 2,5%.

No se han informado diferencias consistentes de género en la prevalencia en muestras de población, aunque las muestras clínicas reportan una preponderancia masculina. Por ejemplo, hasta el 80% de los niños que acudieron a clínicas en Turquía con características de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en una revisión de expedientes eran niños. Los datos sugieren que el diagnóstico puede ser más común en grupos de edad más jóvenes (p. ej., 8,2% en una muestra comunitaria de niños de 6 años en los Estados Unidos).

Desarrollo y evolución

El inicio del trastorno

de desregulación disruptiva del estado de ánimo debe ser antes de los 10 años y el diagnóstico no debe aplicarse a niños con una edad de desarrollo menor de 6 años. Se desconoce si la afección se presenta únicamente de esta manera delimitada por edad. Debido a que es probable que los síntomas del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo cambien a medida que los niños maduran, el uso del diagnóstico debe restringirse a grupos de edad similares a aquellos en los que se ha establecido la validez (6 a 18 años). Aproximadamente la mitad de los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo que viven en un área predominantemente rural en un gran estudio estadounidense continúan teniendo síntomas que cumplen con los criterios para la afección un año después, aunque aquellos niños cuyos síntomas ya no alcanzan el umbral para el diagnóstico a menudo tienen síntomas persistentes. , irritabilidad clínicamente perjudicial.

Las tasas de conversión de irritabilidad grave y no episódica a trastorno bipolar son muy bajas.

En cambio, los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos y/o de ansiedad unipolares en la edad adulta.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Temperamental.

Los niños con irritabilidad crónica suelen presentar antecedentes psiquiátricos complicados. En estos niños, es común una historia relativamente extensa de irritabilidad crónica, que generalmente se manifiesta antes de que se cumplan todos los criterios para el síndrome. Tales presentaciones prediagnósticas pueden haber calificado para un diagnóstico de oposición desafiante.

trastorno. Muchos niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo tienen síntomas que también cumplen con los criterios del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y de un trastorno de ansiedad, y estos diagnósticos suelen estar presentes desde una edad relativamente temprana. Algunos niños también pueden cumplir los criterios del trastorno depresivo mayor.

Ambiental.

Los factores asociados con la vida familiar perturbada, como el abuso o negligencia psicológica, el trastorno psiquiátrico de los padres, la educación parental limitada, el hogar monoparental, el trauma temprano, la muerte de uno de los padres, el duelo de los padres, el divorcio y la desnutrición (p. ej., deficiencia de vitaminas), son asociado con los comportamientos centrales del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Genético y fisiológico.

Los datos sugieren que los antecedentes familiares de depresión pueden ser un factor de riesgo para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. De acuerdo con esto, los datos sobre gemelos sugieren que la asociación entre la irritabilidad temprana y la depresión y ansiedad unipolares posteriores puede estar, en parte, mediada genéticamente.

En comparación con los niños con trastorno bipolar pediátrico u otras enfermedades mentales, aquellos con

Machine Translated by Google

El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo presenta puntos en común y diferencias en los déficits en el procesamiento de la información. Por ejemplo, los déficits en el etiquetado de las emociones faciales, así como la toma de decisiones y el control cognitivo perturbados, están presentes en niños con trastorno bipolar, así como en aquellos con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Sin embargo, es importante destacar que el mismo déficit conductual puede estar asociado con diferentes patrones de disfunción neuronal. También hay evidencia de disfunción específica de un trastorno, como durante las tareas que evalúan el despliegue de la atención en respuesta a estímulos emocionales, lo que ha demostrado signos únicos de disfunción en niños con irritabilidad crónica.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Los datos relacionados con la cultura sobre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo son limitados. Sin embargo, los factores socioculturales afectan la presentación de las características psicológicas centrales del trastorno, incluida la impulsividad, así como la emoción, la recompensa, la amenaza y la desregulación del comportamiento, especialmente en entornos caracterizados por graves trastornos sociales, como zonas de posconflicto o comunidades afectadas por conflictos de larga data. racismo y discriminación. Es importante distinguir el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo de las respuestas adaptativas a la adversidad que dependen del contexto y son transitorias.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Existe cierta evidencia procedente de estudios con gemelos de que, si bien la irritabilidad tiene un fuerte componente genético en ambos sexos, los patrones difieren entre niños y niñas. En el caso de los niños, los factores genéticos parecen explicar una cantidad cada vez mayor de la variación del fenotipo de irritabilidad a lo largo de la infancia. Si bien los factores genéticos representan una gran proporción de la variación del fenotipo de irritabilidad en las niñas en edad escolar, esto disminuye en la adolescencia y la edad adulta temprana, donde las influencias ambientales desempeñan un papel más importante. Aún no se sabe cómo este riesgo genético de irritabilidad se traduce en riesgo y pronóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, per se.

Consecuencias funcionales del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

La irritabilidad grave y crónica, como la que se observa en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, se asocia con una marcada alteración en las relaciones familiares y con los compañeros del niño, así como en el rendimiento escolar. Debido a su extremadamente baja tolerancia a la frustración, estos niños generalmente tienen dificultades para tener éxito en la escuela; a menudo no pueden participar en las actividades que normalmente disfrutan los niños sanos; su vida familiar se ve gravemente perturbada por sus arrebatos e irritabilidad; y tienen problemas para iniciar o mantener amistades. Niveles de disfunción en niños con trastorno bipolar y estado de ánimo disruptivo

Los trastornos de desregulación son generalmente comparables. Ambas condiciones causan graves trastornos en la vida del individuo afectado y su familia. Tanto en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo como en el trastorno bipolar pediátrico, la agresión y la hospitalización psiquiátrica son comunes.

Diagnóstico diferencial

Machine Translated by Google

Debido a que los niños y adolescentes crónicamente irritables suelen presentar antecedentes complejos, el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo debe realizarse considerando la presencia o ausencia de muchas otras afecciones. A pesar de la necesidad de considerar muchos otros síndromes, la diferenciación del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo del trastorno bipolar y el trastorno de oposición desafiante requiere una evaluación particularmente cuidadosa.

Trastornos bipolares. La característica central que diferencia el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y los trastornos bipolares en niños implica el curso longitudinal de los síntomas centrales. En los niños, como en los adultos, el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II se manifiestan como una enfermedad episódica con episodios discretos de perturbación del estado de ánimo que pueden diferenciarse de la presentación típica del niño. La perturbación del estado de ánimo que se produce durante un episodio maníaco es claramente diferente del estado de ánimo habitual del niño. Además, durante un episodio maníaco, el cambio de humor debe ir acompañado de la aparición o el empeoramiento de síntomas cognitivos, conductuales y físicos asociados (p. ej., distracción, aumento de la actividad dirigida a objetivos), que también están presentes hasta cierto punto. que es claramente diferente de la línea de base habitual del niño. Por lo tanto, en el caso de un episodio maníaco, los padres (y, dependiendo del nivel de desarrollo, los niños) deberían poder identificar un período de tiempo distinto durante el cual el estado de ánimo y el comportamiento del niño fueron marcadamente diferentes de lo habitual. Por el contrario, la irritabilidad del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es persistente y está presente durante muchos meses; Si bien puede aumentar y disminuir hasta cierto punto, la irritabilidad severa es característica del niño con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Por lo tanto, si bien los trastornos bipolares son afecciones episódicas, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no lo es. De hecho, el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no se puede asignar a un niño que alguna vez haya experimentado un episodio maníaco o hipomaníaco de duración completa (irritable o eufórico) o que alguna vez haya tenido un episodio maníaco o hipomaníaco que haya durado más de 1 día. Otra característica diferenciadora central entre los trastornos bipolares y el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es la presencia de un estado de ánimo elevado o expansivo y de grandiosidad. Estos síntomas son características comunes de la manía, pero no son característicos del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Trastorno de oposición desafiante. Si bien los síntomas del trastorno de oposición desafiante generalmente ocurren en niños con trastorno de desregulación del estado de ánimo disruptivo, los síntomas del trastorno de desregulación del estado de ánimo disruptivo son relativamente raros en niños con trastorno de oposición desafiante. Las características clave que justifican el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en niños cuyos síntomas también cumplen los criterios del trastorno de oposición desafiante son la presencia de arrebatos graves y frecuentemente recurrentes y una alteración persistente del estado de ánimo entre arrebatos. Además, el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo requiere un deterioro grave en al menos un entorno (es decir, el hogar, la escuela o entre compañeros) y un deterioro de leve a moderado en un segundo entorno. Por esta razón, si bien la mayoría de los niños cuyos síntomas cumplen los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo también tendrán una presentación que cumple los criterios del trastorno de oposición desafiante, no ocurre lo contrario. Es decir, sólo en aproximadamente el 15% de los individuos con trastorno de oposición desafiante se cumplirían los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado Además, incluso en niños en los que se cumplen los criterios para ambos trastornos, sólo se debe realizar el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Finalmente, tanto los síntomas prominentes del estado de ánimo en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo como el alto riesgo de trastornos depresivos y de ansiedad en estudios de seguimiento justifican la ubicación del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo entre los trastornos depresivos en el DSM-5. (El trastorno de oposición desafiante se incluye en el capítulo “Disruptivo, control de impulsos y conducta”).

Machine Translated by Google

Trastornos.”) Esto refleja el componente del estado de ánimo más prominente entre los individuos con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, en comparación con los individuos con trastorno de oposición desafiante. Sin embargo, también cabe señalar que el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo parece conllevar un alto riesgo de problemas de conducta y de estado de ánimo.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad y trastorno del espectro autista.

A diferencia de los niños diagnosticados con trastorno bipolar o trastorno de oposición desafiante, para quienes no se puede dar un diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo incluso si los síntomas cumplen con los criterios de diagnóstico para ese trastorno, los niños cuyos síntomas cumplen con los criterios de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo también pueden recibir un diagnóstico comórbido. de TDAH, trastorno depresivo mayor y/o trastorno de ansiedad. Sin embargo, los niños cuya irritabilidad está presente sólo en el contexto de un episodio depresivo mayor o un trastorno depresivo persistente deben recibir uno de esos diagnósticos en lugar del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo pueden tener síntomas que también cumplen con los criterios de un trastorno de ansiedad y pueden recibir ambos diagnósticos, pero los niños cuya irritabilidad se manifiesta sólo en el contexto de una exacerbación de un trastorno de ansiedad deben recibir el diagnóstico de trastorno de ansiedad correspondiente en lugar del de estado de ánimo disruptivo. trastorno de desregulación. Además, los niños con trastornos del espectro autista frecuentemente presentan arrebatos de mal genio cuando, por ejemplo, se alteran sus rutinas. En ese caso, los arrebatos de mal genio se considerarían secundarios al trastorno del espectro autista y el niño no debería recibir el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Trastorno explosivo intermitente. Los niños con síntomas que sugieren un trastorno explosivo intermitente presentan casos de arrebatos de temperamento severos, muy parecidos a los niños con un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Sin embargo, a diferencia del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno explosivo intermitente no requiere que el estado de ánimo del individuo sea persistentemente irritable o enojado entre arrebatos. Además, se puede realizar un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente que involucra agresión verbal o agresión física que no resulta en daños a la propiedad o lesiones físicas a animales u otros individuos que ocurren al menos dos veces por semana después de solo 3 meses de síntomas, a diferencia del Requisito de 12 meses para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Por tanto, estos dos diagnósticos no deben realizarse en el mismo niño. Para los niños con arrebatos e irritabilidad persistente e intercurrente, sólo se debe realizar el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Comorbilidad Las tasas de comorbilidad en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo son extremadamente altas. Es raro encontrar personas cuyos síntomas cumplan únicamente con los criterios de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. La comorbilidad entre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y otros síndromes definidos por el DSM parece mayor que la de muchas otras enfermedades mentales pediátricas; la superposición más fuerte es con el trastorno negativista desafiante. No sólo la tasa general de comorbilidad es alta en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, sino que también la gama de enfermedades comórbidas parece particularmente diversa. Estos niños suelen acudir a la clínica con una amplia gama de síntomas y diagnósticos de comportamiento disruptivo, estado de ánimo, ansiedad e incluso del espectro autista. Sin embargo, los niños con

Machine Translated by Google

El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no debe tener síntomas que cumplan con los criterios del trastorno bipolar, ya que en ese contexto, solo se debe realizar el diagnóstico de trastorno bipolar. Si los niños tienen síntomas que cumplen con los criterios de trastorno de oposición desafiante o trastorno explosivo intermitente y trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, solo se debe asignar el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Además, como se señaló anteriormente, el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no debe asignarse si los síntomas ocurren sólo en un contexto que provoca ansiedad, cuando se alteran las rutinas de un niño con trastorno del espectro autista o trastorno obsesivo-compulsivo, o en el contexto de un episodio depresivo mayor.

Trastorno depresivo mayor

Criterios de diagnóstico

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

Nota: No incluya síntomas que sean claramente atribuibles a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, como lo indica el informe subjetivo (p. ej., se siente triste, vacío, desesperado) o la observación hecha por otros (p. ej., parece lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, puede haber estado de ánimo irritable.)

2. Interés o placer marcadamente disminuido en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica el relato subjetivo o la observación).

3. Pérdida de peso significativa cuando no se hace dieta o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considere la posibilidad de no lograr el aumento de peso esperado).

4. Insomnio o hipersomnio casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por los demás, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o desaceleración).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días. (ya sea por relato subjetivo o según lo observado por otros).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente

Machine Translated by Google

sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o otra condición médica.

Nota: Los criterios A a C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina financiera, pérdidas por un desastre natural, una enfermedad médica grave o una discapacidad) pueden incluir sentimientos de tristeza intensa, cavilaciones sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso notada. en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo.
Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados para la pérdida, también se debe considerar cuidadosamente la presencia de un episodio depresivo mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio de un juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida. 1

D. Al menos un episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo y no se superpone a la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios maníacos o hipomaníacos son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Procedimientos de codificación y registro El

código de diagnóstico del trastorno depresivo mayor se basa en si se trata de un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor. Los especificadores de remisión sólo se indican si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor.
Los códigos son los siguientes:

Especificador de gravedad/curso	episodio único	Recurrente episodio*
Leve (pág. 214)	F32.0	F33.0
Moderado (pág. 214)	F32.1	F33.1
Grave (pág. 214)	F32.2	F33.2
Con rasgos psicóticos** (págs. 212-213)	F32.3	F33.3
En remisión parcial (p. 214)	F32.4	F33.41

Machine Translated by Google

En plena remisión (p. 214)	F32.5	F33.42
No especificado	F32.9	F33.9

*Para que un episodio se considere recurrente, debe haber un intervalo de al menos 2 meses consecutivos entre episodios separados en los que no se cumplan los criterios de un episodio depresivo mayor. Las definiciones de especificadores se encuentran en las páginas indicadas.

**Si hay características psicóticas presentes, codifique el especificador "con características psicóticas" independientemente de la gravedad del episodio.

Al registrar el nombre de un diagnóstico, los términos deben enumerarse en el siguiente orden: trastorno depresivo mayor, episodio único o recurrente, especificadores de gravedad/psicótico/remisión, seguidos de tantos especificadores siguientes sin códigos que se apliquen al episodio actual (o el episodio más reciente si el trastorno depresivo mayor está en remisión parcial o total). Nota: El especificador "con patrón estacional" describe el patrón de episodios depresivos mayores recurrentes.

Especifique

si: Con angustia (págs. 210 y 211)

Con características mixtas (p. 211)

Con rasgos melancólicos (págs. 211-212)

Con rasgos atípicos (p. 212)

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (p. 213)

Con rasgos psicóticos incongruentes con el estado de ánimo (p. 213)

Con catatonia (pág. 213). Nota de codificación: Utilice el código adicional F06.1.

Con inicio periparto (p. 213)

Con patrón estacional (se aplica al patrón de episodios depresivos mayores recurrentes) (p. 214)

Características diagnósticas

El trastorno depresivo mayor se define por la presencia de al menos un episodio depresivo mayor que se produce en ausencia de antecedentes de episodios maníacos o hipomaníacos. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período que dura al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días (Criterio A). El individuo también debe experimentar al menos cuatro síntomas adicionales durante el mismo período de dos semanas, extraídos de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso, el sueño y la actividad psicomotora; disminución de energía; sentimientos de inutilidad o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; o pensamientos de muerte, ideación suicida, intento de suicidio o un plan específico para una conducta suicida. Para contar para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe estar presente recientemente o haber empeorado claramente en comparación con el estado del individuo antes del episodio. Además, los síntomas deben aparecer casi todos los días, durante al menos 2 semanas consecutivas, a excepción de los pensamientos de muerte y las ideas suicidas, que deben ser recurrentes, y el intento de suicidio o la elaboración de un plan específico, que sólo necesita

Machine Translated by Google

ocurrir una vez. El episodio debe ir acompañado de malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento. Para algunas personas con episodios más leves, el funcionamiento puede parecer normal pero requiere un esfuerzo notablemente mayor. El síntoma de presentación suele ser insomnio o fatiga más que estado de ánimo deprimido o pérdida de interés; por lo tanto, no investigar los síntomas depresivos acompañantes puede dar lugar a un subdiagnóstico.
La fatiga y los trastornos del sueño están presentes en una proporción elevada de los casos; Los trastornos psicomotores son mucho menos comunes pero son indicativos de una mayor gravedad general, al igual que la presencia de culpa delirante o casi delirante.

El individuo suele describir el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor como deprimido, triste, desesperado, desanimado o “deprimido” (Criterio A1). En algunos casos, la tristeza puede negarse al principio, pero posteriormente puede suscitarse en una entrevista (por ejemplo, señalando que el individuo parece estar a punto de llorar). En algunas personas que se quejan de sentirse "bla", no tener sentimientos o sentirse ansiosos, la presencia de un estado de ánimo deprimido se puede inferir de la expresión facial y el comportamiento del individuo. Algunas personas enfatizan las quejas somáticas (p. ej., dolores y molestias corporales) en lugar de informar sentimientos de tristeza. Muchas personas informan o exhiben una mayor irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arrebatos de ira o culpando a otros, una sensación exagerada de frustración por asuntos menores). En niños y adolescentes, puede desarrollarse un estado de ánimo irritable o de mal humor en lugar de un estado de ánimo triste o abatido. Esta presentación debe diferenciarse de un patrón de irritabilidad cuando se está frustrado.

Casi siempre está presente una disminución del interés o del placer en las actividades habituales, al menos hasta cierto punto. Las personas pueden informar que se sienten menos interesadas en los pasatiempos, que “ya no les importan” o que no disfrutan en actividades que antes se consideraban placenteras (Criterio A2).
Los miembros de la familia a menudo notan retraimiento social o abandono de pasatiempos placenteros (p. ej., un antiguo golfista ávido ya no juega, un niño que solía disfrutar del fútbol encuentra excusas para no practicar). En algunas personas, hay una reducción significativa con respecto a los niveles anteriores de interés o deseo sexual.

El cambio del apetito puede implicar una reducción o un aumento. Algunas personas deprimidas informan que tienen que obligarse a comer. Otros pueden comer más y tener antojos de alimentos específicos (p. ej., dulces u otros carbohidratos). Cuando los cambios en el apetito son severos (en cualquier dirección), puede haber una pérdida o aumento significativo de peso o, en los niños, puede notarse que no se logran los aumentos de peso esperados (Criterio A3).

Los trastornos del sueño pueden adoptar la forma de dificultad para dormir o de dormir excesivamente (Criterio A4). Cuando hay insomnio, normalmente toma la forma de insomnio medio (es decir, despertarse durante la noche y luego tener dificultades para volver a dormir) o insomnio terminal (es decir, despertarse demasiado temprano y no poder volver a dormir). También puede ocurrir insomnio inicial (es decir, dificultad para conciliar el sueño). Las personas que presentan sueño excesivo (hipersomnia) pueden experimentar episodios de sueño prolongados durante la noche o un aumento del sueño durante el día. A veces, la razón por la que el individuo busca tratamiento es por la alteración del sueño.

Los cambios psicomotores incluyen agitación (p. ej., incapacidad para quedarse quieto, caminar de un lado a otro, retorcerse las manos; o tirar o frotar la piel, la ropa u otros objetos) o retraso (p. ej., lentitud en el habla, el pensamiento y los movimientos corporales; aumento de las pausas antes responder; habla disminuida en

Machine Translated by Google

volumen, inflexión, cantidad o variedad del contenido, o mutismo) (Criterio A5). La agitación o el retraso psicomotor deben ser lo suficientemente graves como para ser observables por otros y no representar sentimientos meramente subjetivos. Es probable que los individuos que presentan cualquiera de los trastornos psicomotores (es decir, agitación o retraso psicomotor) tengan antecedentes del otro.

Son frecuentes la disminución de la energía, el cansancio y la fatiga (Criterio A6). Un individuo puede reportar fatiga sostenida sin esfuerzo físico. Incluso las tareas más pequeñas parecen requerir un esfuerzo sustancial. La eficiencia con la que se realizan las tareas puede verse reducida. Por ejemplo, una persona puede quejarse de que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y le lleva el doble de tiempo de lo habitual. Este síntoma explica gran parte del deterioro resultante del trastorno depresivo mayor, tanto durante los episodios agudos como cuando la remisión es incompleta.

El sentimiento de inutilidad o culpa asociado con un episodio depresivo mayor puede incluir evaluaciones negativas poco realistas del propio valor o preocupaciones o reflexiones culpables sobre fallas menores del pasado (Criterio A7). Estas personas a menudo malinterpretan los acontecimientos cotidianos neutrales o triviales como evidencia de defectos personales y tienen un sentido exagerado de responsabilidad por acontecimientos adversos. El sentimiento de inutilidad o culpa puede tener proporciones delirantes (por ejemplo, un individuo que está convencido de que es personalmente responsable de la pobreza mundial). Culparse a uno mismo por estar enfermo y por no cumplir con las responsabilidades ocupacionales o interpersonales como resultado de la depresión es muy común y, a menos que sea delirante, no se considera suficiente para cumplir con este criterio.

Muchas personas informan que tienen una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o incluso tomar decisiones menores (Criterio A8). Pueden parecer que se distraen con facilidad o quejarse de dificultades de memoria. Quienes se dedican a actividades cognitivamente exigentes a menudo no pueden funcionar. En los niños, una caída abrupta en las calificaciones puede reflejar una falta de concentración. En las personas de edad avanzada, las dificultades de memoria pueden ser el síntoma principal y pueden confundirse con signos tempranos de demencia (“pseudodemencia”). Cuando el episodio depresivo mayor se trata con éxito, los problemas de memoria suelen desaparecer por completo. Sin embargo, en algunas personas, especialmente en las personas de edad avanzada, un episodio depresivo mayor puede ser a veces la presentación inicial de una demencia irreversible.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, ideas suicidas o intentos de suicidio (Criterio A9). Pueden variar desde un deseo pasivo de no despertarse por la mañana o la creencia de que otros estarían mejor si el individuo estuviera muerto, hasta pensamientos transitorios pero recurrentes de morir por suicidio o un plan suicida específico. Los individuos con tendencias suicidas más graves pueden haber puesto sus asuntos en orden (p. ej., testamentos actualizados, deudas saldadas), adquirido los materiales necesarios (p. ej., una cuerda o una pistola) y elegido un lugar y un momento para cometer el suicidio. Las motivaciones para el suicidio pueden incluir el deseo de darse por vencido ante obstáculos percibidos como insuperables,

un deseo intenso de poner fin a lo que se percibe como un estado emocional interminable y terriblemente doloroso, una incapacidad para prever cualquier disfrute en la vida o el deseo de no ser una carga para los demás. La resolución de tal pensamiento puede ser una medida más significativa de la disminución del riesgo de suicidio que la negación de futuros planes de suicidio.

El grado de deterioro asociado con un episodio depresivo mayor varía, pero incluso en los casos más leves, debe haber malestar clínicamente significativo o alguna interferencia en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio B). Si el deterioro es grave, el individuo puede perder la capacidad de funcionar social u ocupacionalmente. En casos extremos, el

Machine Translated by Google

Es posible que el individuo no pueda realizar un cuidado personal mínimo (p. ej., alimentarse y vestirse) o mantener una higiene personal mínima.

El informe individual sobre los síntomas puede verse comprometido por dificultades para concentrarse, deterioro de la memoria o una tendencia a negar, descartar o explicar los síntomas. La información de informantes adicionales puede ser especialmente útil para aclarar el curso de episodios depresivos mayores actuales o anteriores y para evaluar si ha habido episodios maníacos o hipomaníacos.

Debido a que los episodios depresivos mayores pueden comenzar gradualmente, es más probable que una revisión de la información clínica que se centre en la peor parte del episodio actual detecte la presencia de síntomas.

La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando ocurren en un individuo que también tiene otra afección médica (p. ej., cáncer, accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, diabetes, embarazo). Algunos de los signos y síntomas de un episodio depresivo mayor son idénticos a los de otra afección médica (p. ej., pérdida de peso con diabetes no tratada; fatiga con cáncer; hipersomnia al principio del embarazo; insomnio más adelante en el embarazo o en el posparto). Dichos síntomas cuentan para un diagnóstico de depresión mayor, excepto cuando son clara y totalmente atribuibles a otra afección médica. En tales casos, se deben evaluar con especial cuidado los síntomas no vegetativos de disforia, anhedonia, culpa o inutilidad, alteración de la concentración o indecisión y pensamientos suicidas. Las definiciones de episodios depresivos mayores que se han modificado para incluir sólo estos síntomas no vegetativos parecen identificar casi a los mismos individuos que los criterios completos.

Funciones asociadas

El trastorno depresivo mayor se asocia con una alta mortalidad, gran parte de la cual se debe al suicidio; Sin embargo, no es la única causa. Por ejemplo, las personas deprimidas admitidas en residencias de ancianos tienen una probabilidad notablemente mayor de morir durante el primer año. Los individuos frecuentemente presentan llanto, irritabilidad, melancolía, rumiación obsesiva, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., dolores de cabeza, dolores articulares, abdominales u otros). En los niños, puede ocurrir ansiedad por separación.

Aunque existe una extensa literatura que describe los correlatos neuroanatómicos, neuroendocrinológicos y neurofisiológicos del trastorno depresivo mayor, ninguna prueba de laboratorio ha arrojado resultados de suficiente sensibilidad y especificidad para ser utilizada como herramienta de diagnóstico para este trastorno.

Hasta hace poco, la hiperactividad del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal había sido la anomalía más investigada asociada con episodios depresivos mayores, y parece estar asociada con melancolía (un tipo de depresión particularmente grave), características psicóticas y riesgos de suicidio eventual. Los estudios moleculares también han implicado factores periféricos, incluidas variantes genéticas en factores neurotróficos y citocinas proinflamatorias. Además, los estudios de imágenes por resonancia magnética volumétrica y funcional proporcionan evidencia de anomalías en sistemas neuronales específicos que respaldan el procesamiento de las emociones, la búsqueda de recompensas y la regulación de las emociones en adultos con depresión mayor.

Predominio

La prevalencia a doce meses del trastorno depresivo mayor en los Estados Unidos es aproximadamente del 7%, con marcadas diferencias según el grupo de edad, de modo que la prevalencia en personas de 18 a 29 años

Machine Translated by Google

individuos es tres veces mayor que la prevalencia en personas de 60 años o más. El hallazgo más reproducible en la epidemiología del trastorno depresivo mayor ha sido una mayor prevalencia en las mujeres, un efecto que alcanza su punto máximo en la adolescencia y luego se estabiliza. Las mujeres experimentan tasas aproximadamente dos veces más altas que los hombres, especialmente entre la menarquia y la menopausia.
Las mujeres reportan síntomas de depresión más atípicos caracterizados por hipersomnia, aumento del apetito y parálisis plúmbea en comparación con los hombres.

Las revisiones sistemáticas muestran que la prevalencia puntual y de 12 meses del trastorno depresivo mayor varía de ocho a nueve veces en las distintas regiones geográficas del mundo. En Estados Unidos, la prevalencia aumentó de 2005 a 2015, con tasas de aumento más pronunciadas para los jóvenes en comparación con los grupos de mayor edad. Después de la estratificación por grupos etnoraciales, los blancos no hispanos mostraron un aumento significativo en la prevalencia después del ajuste por características demográficas, mientras que no se observó ningún cambio significativo en la tasa de depresión entre los negros no hispanos o los hispanos.

Desarrollo y evolución El trastorno depresivo

mayor puede aparecer por primera vez a cualquier edad, pero la probabilidad de aparición aumenta notablemente con la pubertad. En Estados Unidos, la incidencia parece alcanzar su punto máximo alrededor de los 20 años; sin embargo, la primera aparición en la vejez no es infrecuente.

El curso del trastorno depresivo mayor es bastante variable, de modo que algunos individuos rara vez, o nunca, experimentan remisión (un período de 2 o más meses sin síntomas, o sólo uno o dos síntomas hasta no más que un grado leve), mientras que otros Experimenta muchos años con pocos o ningún síntoma entre episodios discretos. El curso de la depresión puede reflejar una adversidad socioestructural asociada con la pobreza, el racismo y la marginación.

Es importante distinguir a los individuos que acuden para recibir tratamiento durante una exacerbación de una enfermedad depresiva crónica de aquellos cuyos síntomas se desarrollaron recientemente. La cronicidad de los síntomas depresivos aumenta sustancialmente la probabilidad de trastornos subyacentes de personalidad, ansiedad y uso de sustancias y disminuye la probabilidad de que al tratamiento le siga la resolución completa de los síntomas. Por lo tanto, es útil pedir a las personas que presentan síntomas depresivos que identifiquen el último período de al menos 2 meses durante el cual estuvieron completamente libres de síntomas depresivos. Los casos en los que los síntomas depresivos están presentes durante más días pueden justificar un diagnóstico adicional de trastorno depresivo persistente.

La recuperación de un episodio depresivo mayor comienza dentro de los 3 meses posteriores al inicio para el 40% de las personas con depresión mayor y dentro de 1 año para el 80% de las personas. El inicio reciente es un fuerte determinante de la probabilidad de recuperación a corto plazo, y se puede esperar que muchas personas que han estado deprimidas durante sólo varios meses se recuperen espontáneamente. Las características asociadas con tasas de recuperación más bajas, distintas de la duración del episodio actual, incluyen características psicóticas, ansiedad prominente, trastornos de la personalidad y gravedad de los síntomas.

El riesgo de recurrencia disminuye progresivamente con el tiempo a medida que aumenta la duración de la remisión. El riesgo es mayor en personas cuyo episodio anterior fue grave, en personas más jóvenes y en personas que ya han experimentado múltiples episodios. La persistencia de síntomas depresivos incluso leves durante la remisión es un poderoso predictor de recurrencia.

Muchas enfermedades bipolares comienzan con uno o más episodios depresivos, y una proporción sustancial de personas que inicialmente parecen tener un trastorno depresivo mayor resultarán, en

Machine Translated by Google

tiempo, para tener en cambio un trastorno bipolar. Esto es más probable en personas con inicio de la enfermedad en la adolescencia, aquellos con características psicóticas y aquellos con antecedentes familiares de enfermedad bipolar. La presencia de un especificador "con características mixtas" también aumenta el riesgo de un diagnóstico maníaco o hipomaníaco en el futuro. El trastorno depresivo mayor, particularmente con características psicóticas, también puede transformarse en esquizofrenia, un cambio que es mucho más frecuente que lo contrario.

No existen efectos claros de la edad actual sobre el curso o la respuesta al tratamiento del trastorno depresivo mayor. Sin embargo, existen algunas diferencias en los síntomas, como que la hipersomnia y la hiperfagia son más probables en personas más jóvenes, y los síntomas melancólicos, en particular los trastornos psicomotores, son más comunes en personas mayores. Las depresiones que comienzan a edades más tempranas son más familiares y es más probable que impliquen alteraciones de la personalidad. El curso del trastorno depresivo mayor en los individuos generalmente no cambia con el envejecimiento. Los tiempos medios de recuperación no cambian a lo largo de múltiples episodios y la probabilidad de sufrir un episodio generalmente no aumenta ni disminuye con el tiempo.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Temperamental.

La afectividad negativa (neuroticismo) es un factor de riesgo bien establecido para la aparición del trastorno depresivo mayor, y sus niveles elevados parecen hacer que los individuos sean más propensos a desarrollar episodios depresivos en respuesta a acontecimientos vitales estresantes.

Ambiental.

Las experiencias infantiles adversas, particularmente cuando son múltiples y de diversos tipos, constituyen un conjunto de potentes factores de riesgo para el trastorno depresivo mayor. Las mujeres pueden correr un riesgo desproporcionado de sufrir experiencias adversas en la infancia, incluido el abuso sexual, que pueden contribuir a la mayor prevalencia de la depresión en este grupo. Otros determinantes sociales de la salud mental, como los bajos ingresos, la educación formal limitada, el racismo y otras formas de discriminación, se asocian con un mayor riesgo de sufrir un trastorno depresivo mayor. Los acontecimientos vitales estresantes son bien reconocidos como precipitantes de episodios depresivos mayores, pero la presencia o ausencia de acontecimientos vitales adversos cerca del inicio de los episodios no parece proporcionar una guía útil para el pronóstico o la selección del tratamiento. Etiológicamente, las mujeres se ven afectadas de manera desproporcionada por importantes factores de riesgo de depresión a lo largo de su vida, incluido el trauma interpersonal.

Genético y fisiológico.

Los familiares de primer grado de personas con trastorno depresivo mayor tienen un riesgo de padecer trastorno depresivo mayor de dos a cuatro veces mayor que el de la población general. Los riesgos relativos parecen ser mayores para las formas de aparición temprana y recurrentes. La heredabilidad es aproximadamente del 40% y el neuroticismo, rasgo de personalidad, representa una parte sustancial de esta responsabilidad genética.

Las mujeres también pueden correr riesgo de sufrir trastornos depresivos en relación con una vida reproductiva específica etapas, incluso en el período premenstrual, posparto y perimenopausia.

Modificadores de curso.

Esencialmente, todos los trastornos importantes no relacionados con el estado de ánimo (es decir, ansiedad, uso de sustancias, trastornos relacionados con traumas y factores estresantes, alimentación y alimentación, y trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados) aumentan el riesgo de que un individuo desarrolle depresión. Los episodios depresivos mayores que se desarrollan en el contexto de otro trastorno suelen seguir un curso más refractario. El consumo de sustancias, la ansiedad y los trastornos límite de la personalidad se encuentran entre los más comunes, y los síntomas depresivos que se presentan pueden oscurecer y retrasar su reconocimiento. Sin embargo, sostenido

Machine Translated by Google

La mejoría clínica de los síntomas depresivos puede depender del tratamiento adecuado de las enfermedades subyacentes. Las condiciones médicas crónicas o incapacitantes también aumentan el riesgo de sufrir episodios depresivos mayores. Enfermedades prevalentes como la diabetes, la obesidad mórbida y las enfermedades cardiovasculares a menudo se complican con episodios depresivos, y es más probable que estos episodios se vuelvan crónicos que los episodios depresivos en personas médicamente sanas.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Aunque existe una variación intercultural sustancial en la prevalencia, el curso y la sintomatología de la depresión, se puede identificar un síndrome similar al trastorno depresivo mayor en diversos contextos culturales. Los síntomas comúnmente asociados con la depresión en todos los contextos culturales, que no figuran en los criterios del DSM, incluyen aislamiento social o soledad, ira, llanto y dolor difuso. Existe una amplia gama de otras dolencias somáticas.

son comunes y varían según el contexto cultural. Comprender el significado de estos síntomas requiere explorar su significado en los contextos sociales locales.

Los síntomas del trastorno depresivo mayor pueden no ser detectados o no reportados, lo que puede conducir a diagnósticos erróneos, incluido el sobrediagnóstico de trastornos del espectro de la esquizofrenia en algunos grupos étnicos y racializados que enfrentan discriminación. A nivel internacional, los niveles más altos de desigualdad de ingresos en una sociedad se asocian con una mayor prevalencia del trastorno depresivo mayor. En Estados Unidos, la cronicidad del trastorno depresivo mayor parece ser mayor entre los afroamericanos y los negros caribeños en comparación con los blancos no latinos, posiblemente debido al impacto del racismo, la discriminación, una mayor adversidad socioestructural y la falta de acceso a una salud mental de calidad. cuidado.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

No existen diferencias claras entre los géneros en la respuesta al tratamiento o las consecuencias funcionales. Existe cierta evidencia de diferencias de sexo y género en la fenomenología y el curso de la enfermedad. Las mujeres tienden a experimentar más alteraciones del apetito y del sueño, incluidas características atípicas como hiperfagia e hipersomnia, y son más propensas a experimentar sensibilidad interpersonal y síntomas gastrointestinales. Sin embargo, los hombres con depresión pueden ser más propensos que las mujeres deprimidas a reportar mayores frecuencias e intensidades de estrategias desadaptativas de autoafrontamiento y resolución de problemas, incluido el abuso de alcohol u otras drogas, la asunción de riesgos y el control deficiente de los impulsos.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Las tasas de suicidio ajustadas por edad en los Estados Unidos han aumentado de 10,5 a 14,0 por 100.000 en las últimas dos décadas. Una revisión anterior de la literatura indicó que las personas con enfermedades depresivas tienen un riesgo 17 veces mayor de suicidio que la tasa de población general ajustada por edad y sexo. La probabilidad de intentos de suicidio disminuye en la mediana y avanzada edad, aunque no así el riesgo de muerte por suicidio. La posibilidad de conducta suicida existe en todo momento durante los episodios depresivos mayores. El factor de riesgo descrito más consistentemente es un historial de intentos o amenazas de suicidio, pero debe recordarse que la mayoría de las muertes por suicidio no están precedidas por

Machine Translated by Google

Intentos no fatales. La anhedonia tiene una asociación particularmente fuerte con la ideación suicida. Otras características asociadas con un mayor riesgo de muerte por suicidio incluyen ser soltero, vivir solo, desconexión social, adversidad en la vida temprana, disponibilidad de métodos letales como un arma de fuego, alteraciones del sueño, déficits cognitivos y de toma de decisiones, y tener sentimientos prominentes de desesperanza. . Las mujeres intentan suicidarse en mayor proporción que los hombres, mientras que los hombres tienen más probabilidades de suicidarse. Sin embargo, la diferencia en la tasa de suicidio entre hombres y mujeres con trastornos depresivos es menor que en la población en su conjunto. Las comorbilidades, incluidos los rasgos agresivos-impulsivos, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno por uso de sustancias, la ansiedad, otras afecciones médicas y el deterioro funcional, aumentan el riesgo de conductas suicidas en el futuro.

Consecuencias funcionales del trastorno depresivo mayor Muchas de las consecuencias funcionales del trastorno depresivo mayor se derivan de síntomas individuales. El deterioro puede ser muy leve, de modo que muchos de quienes interactúan con el individuo afectado no son conscientes de los síntomas depresivos. Sin embargo, el deterioro puede llegar hasta una incapacidad total, de modo que el individuo deprimido no pueda atender sus necesidades básicas de autocuidado o quede mudo o catatónico. Para las personas atendidas en entornos médicos generales, aquellas con trastorno depresivo mayor tienen más dolor y enfermedades físicas y mayores disminuciones en el funcionamiento físico, social y de roles. Las mujeres deprimidas reportan un mayor deterioro funcional en sus relaciones que

hombres.

Diagnóstico diferencial Episodios maníacos con estado de ánimo irritable o con rasgos mixtos. Los episodios depresivos mayores con un estado de ánimo irritable prominente pueden ser difíciles de distinguir de los episodios maníacos con un estado de ánimo irritable o con características mixtas. Esta distinción requiere una evaluación clínica cuidadosa de la presencia de suficientes síntomas maníacos para cumplir con los criterios de umbral (es decir, tres si el estado de ánimo es maníaco, cuatro si el estado de ánimo es irritable pero no maníaco).

Trastorno bipolar I, trastorno bipolar II u otro trastorno bipolar y relacionado especificado. Los episodios depresivos mayores junto con antecedentes de un episodio maníaco o hipomaníaco impiden el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Los episodios depresivos mayores con antecedentes de episodios hipomaníacos y sin antecedentes de episodios maníacos indican un diagnóstico de trastorno bipolar II, mientras que los episodios depresivos mayores con antecedentes de episodios maníacos (con o sin episodios hipomaníacos) indican un diagnóstico de trastorno bipolar I. Por otro lado, las presentaciones de episodios depresivos mayores con antecedentes de períodos de hipomanía que no cumplen los criterios para un episodio hipomaníaco pueden diagnosticarse como otro trastorno bipolar y relacionado especificado o como trastorno depresivo mayor, dependiendo de dónde juzgue el médico la presentación. mejor caída. Por ejemplo, es mejor considerar la presentación como otro trastorno bipolar específico y relacionado debido a la importancia clínica de los síntomas hipomaníacos subumbrales, o es mejor considerar la presentación como un caso de trastorno depresivo mayor con algunos síntomas hipomaníacos subumbrales entre episodios.

Trastorno depresivo debido a otra condición médica. Un diagnóstico de trastorno depresivo debido a otra afección médica requiere la presencia de una afección médica etiológica. Importante

Machine Translated by Google

El trastorno depresivo no se diagnostica si todos los episodios de tipo depresivo mayor son atribuibles a la consecuencia fisiopatológica directa de una afección médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, hipotiroidismo).

Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos. Este trastorno se distingue del trastorno depresivo mayor por el hecho de que una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, una toxina) parece estar etiológicamente relacionada con el trastorno del estado de ánimo. Por ejemplo, el estado de ánimo deprimido que se produce sólo en el contexto de la abstinencia de la cocaína se diagnosticaría como trastorno depresivo inducido por la cocaína.

Trastorno depresivo persistente. El trastorno depresivo persistente se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, la mayoría de los días, durante al menos 2 años. Si se cumplen los criterios tanto para el trastorno depresivo mayor como para el trastorno depresivo persistente, se pueden diagnosticar ambos.

Trastorno disfórico premenstrual. El trastorno disfórico premenstrual se caracteriza por un estado de ánimo disfórico que está presente en la última semana antes del inicio de la menstruación, que comienza a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y que se vuelve mínimo o ausente en la semana posterior a la menstruación.
Por el contrario, los episodios del trastorno depresivo mayor no están relacionados temporalmente con el ciclo menstrual.

Trastorno disruptivo de desregulación del estado de ánimo. El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se caracteriza por arrebatos de temperamento graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente y/o conductualmente, acompañados de un estado de ánimo persistente o lábil, la mayor parte del día, casi todos los días, entre los arrebatos. Por el contrario, en el trastorno depresivo mayor, la irritabilidad se limita a los episodios depresivos mayores.

Episodios depresivos mayores superpuestos a esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno esquizofreniforme u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otros trastornos psicóticos.

Los síntomas depresivos pueden estar presentes durante la esquizofrenia, el trastorno delirante, el trastorno esquizofreniforme u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otros trastornos psicóticos. Por lo general, estos síntomas depresivos pueden considerarse características asociadas de estos trastornos y no merecen una evaluación.

diagnóstico separado. Sin embargo, cuando los síntomas depresivos cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, se puede realizar un diagnóstico de otro trastorno depresivo específico además del diagnóstico de trastorno psicótico.

Trastorno esquizoafectivo. El trastorno esquizoafectivo se diferencia del trastorno depresivo mayor, con características psicóticas, en que en el trastorno esquizoafectivo los delirios o alucinaciones están presentes durante al menos dos semanas en ausencia de un episodio depresivo mayor.

Desorden hiperactivo y deficit de atencion. La distracción y la baja tolerancia a la frustración pueden ocurrir tanto en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) como en un episodio depresivo mayor; Si se cumplen los criterios para ambos, se puede diagnosticar TDAH además del trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, el médico debe tener cuidado de no sobrediagnosticar un episodio depresivo mayor en niños con TDAH cuya alteración del estado de ánimo se caracteriza por irritabilidad más que por tristeza o pérdida de interés.

Trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido. Un episodio depresivo mayor que ocurre en respuesta a un factor estresante psicosocial se distingue del trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, por el

Machine Translated by Google

hecho de que en el trastorno de adaptación no se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor.

Duelo. El duelo es la experiencia de perder a un ser querido hasta la muerte. Generalmente desencadena una respuesta de duelo que puede ser intensa y puede involucrar muchas características que se superponen con los síntomas característicos de un episodio depresivo mayor, como tristeza, dificultad para dormir y falta de concentración. Las características que ayudan a diferenciar una respuesta de duelo relacionada con un duelo de un episodio depresivo mayor incluyen las siguientes: los afectos predominantes en el duelo son sentimientos de vacío y pérdida, mientras que en un episodio depresivo mayor son un estado de ánimo deprimido persistente y una capacidad disminuida para experimentar placer. Además, es probable que el estado de ánimo disfórico del duelo disminuya en intensidad a lo largo de días o semanas y se produzca en oleadas que tienden a asociarse con pensamientos o recordatorios del fallecido, mientras que el estado de ánimo depresivo en un episodio depresivo mayor es más persistente y no está vinculado a pensamientos o preocupaciones específicas. Es importante señalar que en un individuo vulnerable (p. ej., alguien con antecedentes de trastorno depresivo mayor), el duelo puede desencadenar no sólo una respuesta de duelo sino también el desarrollo de un episodio de depresión o el empeoramiento de un episodio existente.

Tristeza. Finalmente, los períodos de tristeza son aspectos inherentes a la experiencia humana. Estos períodos no deben diagnosticarse como un episodio depresivo mayor a menos que se cumplan los criterios de gravedad (es decir, cinco de nueve síntomas), duración (es decir, la mayor parte del día, casi todos los días durante al menos 2 semanas) y malestar clínicamente significativo. o deterioro. El diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado puede ser apropiado para presentaciones de estado de ánimo deprimido con deterioro clínicamente significativo que no cumple con los criterios de duración o gravedad.

Comorbilidad Otros

trastornos con los que con frecuencia coexiste el trastorno depresivo mayor son los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad.

Si bien las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de informar trastornos de ansiedad comórbidos, bulimia nerviosa y trastorno somatomorfo (síntomas somáticos y trastornos relacionados), los hombres tienen más probabilidades de informar abuso de alcohol y sustancias comórbidos.

Trastorno depresivo persistente

Criterios de diagnóstico F34.1

Este trastorno representa una consolidación del trastorno depresivo mayor crónico y el trastorno distímico definidos por el DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, durante la mayoría de los días, según lo indique el relato subjetivo o la observación de otros, durante al menos 2 años.

Nota: En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes:

Machine Translated by Google

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

C. Durante el período de 2 años (1 año para niños o adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno depresivo mayor pueden estar presentes de forma continua durante 2 años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

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

G. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Si los criterios son suficientes para un diagnóstico de un episodio depresivo mayor en cualquier momento durante el período de 2 años de estado de ánimo deprimido, entonces se debe realizar un diagnóstico separado de depresión mayor además del diagnóstico de trastorno depresivo persistente junto con los datos pertinentes. especificador (p. ej., con episodios depresivos mayores intermitentes, con episodio actual).

Especifique

si: Con angustia (págs. 210 y 211)

Con rasgos atípicos (p. 212)

Especificar

si: En remisión parcial (pág. 214)

En plena remisión (p. 214)

Especificar

si: Inicio temprano: Si el inicio es antes de los 21 años.

Inicio tardío: si el inicio es a los 21 años o más.

Especifique si (para los 2 años más recientes de trastorno depresivo persistente):

Con síndrome distímico puro: no se han cumplido todos los criterios para un episodio depresivo mayor en al menos los 2 años anteriores.

Con episodio depresivo mayor persistente: Se han cumplido todos los criterios para un episodio depresivo mayor durante el período de 2 años anterior.

Machine Translated by Google

Con episodios depresivos mayores intermitentes, con episodio actual: actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en al menos los 2 años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio depresivo mayor completo.

Con episodios depresivos mayores intermitentes, sin episodio actual: actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor, pero ha habido uno o más episodios depresivos mayores en al menos los 2 años anteriores.

Especifique la gravedad

actual: Leve (p. 214)

Moderado (pág. 214)

Grave (pág. 214)

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno depresivo persistente es un estado de ánimo deprimido que se presenta durante la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos 2 años, o al menos 1 año en niños y adolescentes (Criterio A). Este trastorno representa una consolidación del trastorno depresivo mayor crónico y el trastorno distímico definidos por el DSM-IV. La depresión mayor puede preceder al trastorno depresivo persistente y pueden ocurrir episodios depresivos mayores durante el trastorno depresivo persistente. Las personas cuyos síntomas cumplan con los criterios de trastorno depresivo mayor durante 2 años deben recibir un diagnóstico de trastorno depresivo persistente y de trastorno depresivo mayor.

Las personas con trastorno depresivo persistente describen su estado de ánimo como triste o "deprimido". Durante los períodos de estado de ánimo deprimido, están presentes al menos dos de los seis síntomas del Criterio B. Debido a que estos síntomas se han convertido en parte de la experiencia diaria del individuo, particularmente en el caso de aparición temprana (p. ej., “siempre he sido así”), es posible que no se informen a menos que se le indique directamente al individuo. Durante el período de 2 años (1 año para niños o adolescentes), cualquier intervalo sin síntomas que haya ocurrido no ha durado más de 2 meses (Criterio C).

Predominio

El trastorno depresivo persistente es efectivamente una amalgama del trastorno distímico del DSM-IV y el episodio depresivo mayor crónico. La prevalencia a 12 meses en los Estados Unidos es de aproximadamente 0,5% para el trastorno distímico y 1,5% para el trastorno depresivo mayor crónico, con una prevalencia entre las mujeres aproximadamente 1,5 y 2 veces mayor que la prevalencia entre los hombres para cada uno de estos diagnósticos, respectivamente. Según estudios que utilizan procedimientos de verificación comparables, las estimaciones de la distimia del DSM-IV a lo largo de la vida y a los 12 meses pueden ser mayores en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos y medianos. Sin embargo, el trastorno se asocia con un riesgo elevado de resultados suicidas y niveles comparables de discapacidad dondequiera que ocurra.

Desarrollo y evolución El trastorno

depresivo persistente a menudo tiene un inicio temprano e insidioso (es decir, en la niñez, la adolescencia o la vida adulta temprana) y, por definición, un curso crónico. El trastorno límite de la personalidad es un factor de riesgo particularmente sólido para el trastorno depresivo persistente. Cuando es persistente

Machine Translated by Google

Aunque coexisten el trastorno depresivo y el trastorno límite de la personalidad, la covarianza de las características correspondientes a lo largo del tiempo sugiere el funcionamiento de un mecanismo común. El inicio temprano (es decir, antes de los 21 años) se asocia con una mayor probabilidad de trastornos comórbidos de la personalidad y trastornos por uso de sustancias.

Cuando los síntomas aumentan al nivel de un episodio depresivo mayor, es probable que posteriormente vuelvan a un nivel más bajo. Sin embargo, es mucho menos probable que los síntomas depresivos se resuelvan completamente en un período de tiempo determinado en el contexto de un trastorno depresivo persistente que en un episodio depresivo mayor no crónico.

Factores de Riesgo y Pronóstico Temperamental.

Los factores que predicen un peor resultado a largo plazo incluyen niveles más altos de afectividad negativa (neuroticismo), mayor gravedad de los síntomas, peor funcionamiento global y presencia de trastornos de ansiedad o trastornos de conducta.

Ambiental. Los factores de riesgo infantil incluyen la pérdida o separación de los padres y la niñez. adversidad.

Genético y fisiológico. No existen diferencias claras en el desarrollo, el curso o los antecedentes familiares de la enfermedad entre el trastorno distímico del DSM-IV y el trastorno depresivo mayor crónico. Por lo tanto, es probable que los hallazgos anteriores relacionados con cualquiera de los trastornos se apliquen al trastorno depresivo persistente. Por tanto, es probable que los individuos con trastorno depresivo persistente tengan una mayor proporción de familiares de primer grado con trastorno depresivo persistente que los individuos con trastorno depresivo mayor no crónico y más trastornos depresivos en general.

Varias regiones del cerebro (p. ej., corteza prefrontal, cingulado anterior, amígdala, hipocampo) se han implicado en el trastorno depresivo persistente. También existen posibles anomalías polisomnográficas.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura La

anormalidad o tolerancia percibida de los síntomas depresivos crónicos puede variar entre culturas, afectando la detección de los síntomas y la aceptabilidad del tratamiento. Por ejemplo, algunos grupos sociales o cohortes de edad pueden considerar que los síntomas depresivos prolongados son reacciones normales ante la adversidad.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas El trastorno depresivo

persistente se asocia con un riesgo elevado de resultados suicidas y niveles comparables de discapacidad, ya sea que el trastorno ocurra en países de ingresos altos, medios o bajos.

Consecuencias funcionales del trastorno depresivo persistente Es probable que el grado en que el

trastorno depresivo persistente afecta el funcionamiento social y ocupacional varíe ampliamente, pero los efectos pueden ser tan grandes o mayores que los del trastorno depresivo mayor.

Machine Translated by Google

Diagnóstico diferencial

Trastorno depresivo mayor. Si hay un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte de los días más dos o más síntomas del Criterio B del trastorno depresivo persistente durante 2 años o más, entonces se realiza el diagnóstico de trastorno depresivo persistente. Si los criterios de síntomas son suficientes para un diagnóstico de un episodio depresivo mayor en cualquier momento durante este período, entonces se debe realizar un diagnóstico adicional de depresión mayor. La presencia comórbida de episodios depresivos mayores durante este período también debe anotarse asignando el especificador de curso apropiado al diagnóstico de trastorno depresivo persistente de la siguiente manera: Si los síntomas del individuo actualmente cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor y ha habido períodos de al menos al menos 8 semanas en al menos los 2 años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio depresivo mayor completo, entonces se asignaría el especificador "con episodios depresivos mayores intermitentes, con episodio actual". Si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor pero ha habido uno o más episodios depresivos mayores en al menos los 2 años anteriores, entonces se asigna el especificador "con episodios depresivos mayores intermitentes, sin episodio actual". Si un episodio depresivo mayor

ha persistido durante al menos 2 años y permanece presente, entonces se utiliza el especificador "con episodio depresivo mayor persistente". Si el individuo no ha experimentado un episodio de depresión mayor en los últimos 2 años, entonces se utiliza el especificador "con síndrome distímico puro".

Otro trastorno depresivo especificado. Porque los criterios para un episodio depresivo mayor incluyen síntomas (es decir, interés o placer marcadamente disminuido en actividades; agitación o retraso psicomotor; pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, intento o plan de suicidio) que están ausentes en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente. (es decir, estado de ánimo deprimido y dos de seis síntomas del Criterio B), un número muy limitado de personas tendrá síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero que no cumplen los criterios de trastorno depresivo persistente.
Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se cumplieron todos los criterios para un episodio depresivo mayor, se aplicaría un diagnóstico de trastorno depresivo mayor. De lo contrario, se debe realizar un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de trastorno depresivo no especificado.

Trastornos bipolar I y bipolar II. Una historia de un episodio maníaco o hipomaníaco impide el diagnóstico de trastorno depresivo persistente. Un historial de episodios maníacos (con o sin episodios hipomaníacos) indica un diagnóstico de trastorno bipolar I. Una historia de episodios hipomaníacos (sin antecedentes de episodios maníacos en individuos con presentaciones depresivas persistentes durante las cuales se cumplieron los criterios para un episodio depresivo mayor) justifica un diagnóstico de trastorno bipolar II. Otro trastorno bipolar especificado se aplica a individuos cuyas presentaciones incluyen antecedentes de episodios hipomaníacos junto con una presentación depresiva persistente que nunca ha cumplido todos los criterios para un episodio depresivo mayor.

Trastorno ciclotímico. Un diagnóstico de trastorno ciclotímico excluye el diagnóstico de trastorno depresivo persistente. Así, si durante el período que dura al menos 2 años de estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, 1) hay numerosos períodos con síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios de un episodio hipomaníaco, 2) no se han producido Ha habido períodos sin síntomas de más de 2 meses seguidos y 3) nunca se han cumplido los criterios para un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco, entonces el diagnóstico sería trastorno ciclotímico en lugar de trastorno ciclotímico.

Machine Translated by Google

Trastorno depresivo persistente.

Desórdenes psicóticos. Los síntomas depresivos son una característica asociada común de los trastornos psicóticos crónicos (p. ej., trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante). No se realiza un diagnóstico separado de trastorno depresivo persistente si los síntomas ocurren sólo durante el curso del trastorno psicótico (incluidas las fases residuales).

Trastorno depresivo o bipolar y trastornos relacionados debido a otra afección médica. Persistente El trastorno depresivo debe distinguirse de un trastorno depresivo o bipolar y un trastorno relacionado debido a otra afección médica. El diagnóstico es depresivo o trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica si se considera que la alteración del estado de ánimo, basándose en la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio, es atribuible a los efectos fisiopatológicos directos de una afección médica específica, generalmente crónica. ej., esclerosis múltiple). Si se considera que los síntomas depresivos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica, entonces se registra el trastorno mental primario (p. ej., trastorno depresivo persistente) y la afección médica se anota como una afección médica concomitante (p. ej., diabetes). mellitus).

Trastorno depresivo o bipolar y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicamentos. Una sustancia/medicamento- El trastorno depresivo o bipolar y relacionado inducido se distingue del trastorno depresivo persistente cuando se considera que una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, una toxina) está etiológicamente relacionada con el trastorno del estado de ánimo.

Desorden de personalidad. Un trastorno de la personalidad se caracteriza por un patrón duradero de experiencia y comportamiento que se desvía marcadamente de las expectativas del

cultura del individuo, con inicio en la adolescencia o la edad adulta temprana. Los trastornos de la personalidad suelen coexistir con el trastorno depresivo persistente. Si se cumplen los criterios para un trastorno depresivo persistente y un trastorno de personalidad, se pueden diagnosticar ambos.

Comorbilidad En comparación con las personas con trastorno depresivo mayor, aquellos con trastorno depresivo persistente tienen un mayor riesgo de sufrir comorbilidad psiquiátrica en general y de trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias y trastornos de la personalidad en particular. El trastorno depresivo persistente de inicio temprano está fuertemente asociado con los trastornos de personalidad de los grupos B y C del DSM-5.

Trastorno disfórico premenstrual

Criterios de diagnóstico	F32.81

R. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas deben estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, comenzar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y volverse mínimos o ausentes en la semana posterior a la menstruación.

B. Debe estar presente uno (o más) de los siguientes síntomas:

Machine Translated by Google

1. Marcada labilidad afectiva (p. ej., cambios de humor; sensación repentina de tristeza o llanto, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
2. Marcada irritabilidad o ira o aumento de conflictos interpersonales.
3. Estado de ánimo deprimido marcado, sentimientos de desesperanza o autocrítica pensamientos.
4. Ansiedad marcada, tensión y/o sensación de estar nervioso o nervioso.

C. Uno (o más) de los siguientes síntomas debe estar presente adicionalmente, para alcanzar un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B anterior.

1. Disminución del interés en las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, pasatiempos).
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatiga fácil o marcada falta de energía.
4. Cambio marcado en el apetito; comer en exceso; o antojos de alimentos específicos.
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Una sensación de estar abrumado o fuera de control.
7. Síntomas físicos como sensibilidad o hinchazón en los senos, articulaciones o músculos. dolor, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.

Nota: Los síntomas de los Criterios A a C deben haberse cumplido en la mayoría de los ciclos menstruales que ocurrieron en el año anterior.

D. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o interferencia con el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y eficiencia en el trabajo, la escuela o el hogar).

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

F. El Criterio A debe confirmarse mediante valoraciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos. (Nota: el diagnóstico puede realizarse provisionalmente antes de esta confirmación).

G. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, otro tratamiento) u otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

Procedimientos de registro Si los

síntomas no han sido confirmados mediante clasificaciones diarias prospectivas de al menos dos ciclos sintomáticos, se debe anotar "provisional" después del nombre del diagnóstico (es decir, "trastorno disfórico premenstrual, provisional").

Funciones de diagnóstico

Machine Translated by Google

Las características esenciales del trastorno disfórico premenstrual son la expresión de labilidad del estado de ánimo, irritabilidad, disforia y síntomas de ansiedad que ocurren repetidamente durante la fase premenstrual del ciclo y remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después. Estos síntomas pueden ir acompañados de síntomas físicos y de comportamiento. Los síntomas deben haber ocurrido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año y deben tener un efecto adverso en el funcionamiento laboral o social. La intensidad y/o expresividad de los síntomas que los acompañan pueden estar estrechamente relacionados con las características del entorno social y cultural, así como con las creencias religiosas, la tolerancia social, la actitud hacia el ciclo reproductivo femenino y las cuestiones del rol de género femenino en general.

Por lo general, los síntomas alcanzan su punto máximo alrededor del momento del inicio de la menstruación. Aunque no es raro que los síntomas persistan durante los primeros días de la menstruación, la persona debe tener un período libre de síntomas en la fase folicular después de que comienza el período menstrual. Si bien los síntomas principales incluyen síntomas del estado de ánimo y de ansiedad, también suelen presentarse síntomas somáticos y conductuales. Sin embargo, la presencia de síntomas somáticos y/o conductuales en ausencia de síntomas anímicos y/o ansiosos no es suficiente para un diagnóstico. Los síntomas son de gravedad comparable (pero no de duración) a los de otros trastornos mentales, como un episodio depresivo mayor o un trastorno de ansiedad generalizada. Para confirmar un diagnóstico provisional, se requieren calificaciones diarias de síntomas prospectivos durante al menos dos ciclos sintomáticos.

Los síntomas deben causar malestar clínicamente significativo y/o una señal obvia y marcada. Deterioro en la capacidad para funcionar social u ocupacionalmente en la semana anterior a la menstruación.

Funciones asociadas

Se han descrito delirios y alucinaciones en la fase lútea tardía del ciclo menstrual, pero son raros.

Predominio

La prevalencia de 12 meses del trastorno disfórico premenstrual en la comunidad se ha estimado en un 5,8% según un gran estudio realizado en Alemania. Otro estudio que analizó la prevalencia durante dos ciclos menstruales encontró que el 1,3% de las mujeres que menstruaban padecían este trastorno en los Estados Unidos. Las estimaciones basadas en informes retrospectivos suelen ser más altas que las basadas en calificaciones diarias prospectivas. Sin embargo, las estimaciones basadas en un registro diario de síntomas durante 1 o 2 meses pueden no ser totalmente representativas, porque aquellos con los síntomas más graves pueden no ser capaces de mantener el proceso de calificación. La estimación más rigurosa de la prevalencia del trastorno disfórico premenstrual en los Estados Unidos utilizando calificaciones prospectivas de dos ciclos menstruales consecutivos fue del 1,3% para las mujeres cuyos síntomas cumplían con los criterios de diagnóstico, que experimentaban deterioro funcional y no tenían ningún trastorno mental concurrente. La prevalencia de los síntomas del trastorno disfórico premenstrual en las adolescentes puede ser mayor que la observada en mujeres adultas.

Desarrollo y evolución

El inicio del trastorno disfórico premenstrual puede ocurrir en cualquier momento después de la menarquia. La incidencia de casos nuevos durante un período de seguimiento de 40 meses en Alemania es del 2,5% (intervalo de confianza del 95% = 1,7–3,7). Los síntomas cesan después de la menopausia, aunque el reemplazo hormonal cíclico puede desencadenar la reexpresión de los síntomas.

Machine Translated by Google

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Los factores ambientales asociados con la expresión del trastorno disfórico premenstrual incluyen estrés, antecedentes de trauma interpersonal, cambios estacionales y aspectos socioculturales del comportamiento sexual femenino en general y de los roles de género femenino en particular.

Genético y fisiológico. Ningún estudio ha examinado específicamente la heredabilidad en el trastorno disfórico premenstrual. Las estimaciones de heredabilidad de los síntomas disfóricos premenstruales oscilan entre el 30% y el 80%, aunque aún no está claro si los síntomas en sí son hereditarios o si simplemente están asociados con otros factores o rasgos hereditarios.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Se ha observado trastorno disfórico premenstrual en personas de Estados Unidos, Europa, India, Nigeria, Brasil y Asia, con un amplio rango de prevalencia. Sin embargo, como ocurre con la mayoría de los trastornos mentales, la frecuencia, intensidad y expresividad de los síntomas; consecuencias percibidas; patrones de búsqueda de ayuda; y el manejo puede verse significativamente influenciado por factores sociales y culturales, como antecedentes de abuso sexual o violencia doméstica, apoyo social limitado y variaciones culturales en las actitudes hacia la menstruación.

Marcadores diagnósticos

Como se indicó anteriormente, el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual se confirma adecuadamente tras 2 meses de calificaciones prospectivas de los síntomas. Varias escalas, incluida la Clasificación Diaria de la Gravedad de los Problemas y las Escalas Visuales Analógicas para los Síntomas del Estado de Ánimo Premenstrual, han sido validadas y se utilizan comúnmente en ensayos clínicos para el trastorno disfórico premenstrual. La Escala de Calificación del Síndrome de Tensión Premenstrual tiene una versión de autoinforme y otra de observador, las cuales han sido validadas y utilizadas ampliamente para medir la gravedad de la enfermedad en mujeres que padecen trastorno disfórico premenstrual.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

Algunos han considerado que la fase premenstrual es un período de riesgo de suicidio.

Consecuencias funcionales del trastorno disfórico premenstrual

El deterioro del funcionamiento social puede manifestarse por discordia en la relación de pareja íntima y problemas con los niños, otros miembros de la familia o amigos que ocurren sólo en asociación con el trastorno disfórico premenstrual (es decir, a diferencia de los problemas interpersonales crónicos).). También son destacados los deterioros en el trabajo y la calidad de vida relacionada con la salud. Existe evidencia de que el trastorno disfórico premenstrual puede asociarse con deterioros en la función y la calidad de vida relacionada con la salud que están a la par con los observados en el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente.

Diagnóstico diferencial

Síndrome premenstrual. El síndrome premenstrual se diferencia del trastorno disfórico premenstrual en

Machine Translated by Google

que el síndrome premenstrual no requiere un mínimo de cinco síntomas ni sintomatología relacionada con el estado de ánimo, y generalmente se considera menos grave que el trastorno disfórico premenstrual. El síndrome premenstrual puede ser más común que el trastorno disfórico premenstrual; su prevalencia estimada varía con cifras que rondan alrededor del 20%. Si bien el síndrome premenstrual comparte la característica de expresión de síntomas durante la fase premenstrual del ciclo menstrual, la presencia de síntomas somáticos o

Los síntomas conductuales, sin los síntomas afectivos requeridos, probablemente cumplan con los criterios del síndrome premenstrual y no del trastorno disfórico premenstrual.

Dismenorrea. La dismenorrea es un síndrome de menstruaciones dolorosas, pero se diferencia de un síndrome caracterizado por cambios afectivos. Además, los síntomas de la dismenorrea comienzan con el inicio de la menstruación, mientras que los síntomas del trastorno disfórico premenstrual, por definición, comienzan antes del inicio de la menstruación, incluso si persisten durante los primeros días de la menstruación.

Trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno depresivo persistente. Muchas mujeres con trastorno bipolar o depresivo mayor (ya sea natural o inducido por sustancias o medicamentos) o trastorno depresivo persistente creen que tienen un trastorno disfórico premenstrual.

Sin embargo, cuando registran los síntomas, se dan cuenta de que los síntomas no siguen un patrón premenstrual. Debido a que el inicio de la menstruación constituye un evento memorable, es posible que informen que los síntomas ocurren sólo durante el premenstruo o que los síntomas empeoran premenstrualmente. Ésta es una de las razones del requisito de que los síntomas sean confirmados mediante calificaciones prospectivas diarias. El proceso de diagnóstico diferencial, particularmente si el médico se basa únicamente en síntomas retrospectivos, se vuelve más difícil debido a la superposición entre los síntomas del trastorno disfórico premenstrual y algunos otros diagnósticos. La superposición de síntomas es particularmente importante para diferenciar el trastorno disfórico premenstrual de los episodios depresivos mayores, el trastorno depresivo persistente, los trastornos bipolares y el trastorno límite de la personalidad.

Uso de tratamientos hormonales. Algunas mujeres que presentan síntomas premenstruales de moderados a graves pueden estar usando tratamientos hormonales, incluidos anticonceptivos hormonales. Si tales síntomas ocurren después del inicio del uso de hormonas exógenas, los síntomas pueden ser atribuibles al uso de hormonas más que a la condición subyacente del trastorno disfórico premenstrual.

Si la mujer deja de tomar hormonas y los síntomas desaparecen, entonces esto es consistente con un trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos.

Otras condiciones médicas. Las mujeres con afecciones médicas crónicas pueden experimentar síntomas de disforia premenstrual. Como ocurre con cualquier trastorno depresivo, se deben descartar afecciones médicas que podrían explicar mejor los síntomas, como la deficiencia de tiroides y la anemia.

Comorbilidad

Un episodio depresivo mayor es el trastorno previo informado con mayor frecuencia en personas que presentan trastorno disfórico premenstrual. Una amplia gama de afecciones médicas (p. ej., migraña, asma, alergias, trastornos convulsivos) u otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos y bipolares, trastornos de ansiedad, bulimia nerviosa, trastornos por uso de sustancias) pueden empeorar en el

Machine Translated by Google

fase premenstrual; sin embargo, la ausencia de un período asintomático durante el intervalo posmenstrual obvia el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual. Estas condiciones se consideran mejor como exacerbación premenstrual de un trastorno mental o condición médica actual.
Aunque el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual no debe asignarse en situaciones en las que un individuo experimenta solo una exacerbación premenstrual de otro trastorno físico o mental, se puede considerar además del diagnóstico de otro trastorno mental o afección médica si el individuo experimenta síntomas. y cambios en el nivel de funcionamiento que son característicos del trastorno disfórico premenstrual y marcadamente diferentes de los síntomas experimentados como parte del trastorno en curso.

Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos

Criterios de diagnóstico

A. Una alteración prominente y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o una marcada disminución del interés o del placer en todas o casi todas las actividades.

B. Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de (1) y (2): 1. Los síntomas del Criterio A se

desarrollaron durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición o la abstinencia de un medicamento. .

2. La sustancia/medicamento involucrado es capaz de producir los síntomas en Criterio A.

C. La alteración no se explica mejor por un trastorno depresivo que no sea inducido por sustancias o medicamentos. Dicha evidencia de un trastorno depresivo independiente podría incluir lo siguiente: Los síntomas precedieron al

inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período de tiempo sustancial (p. ej., aproximadamente 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o de la intoxicación grave; o hay otra evidencia que sugiere la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias o medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias o medicamentos).

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Este diagnóstico debe realizarse en lugar de un diagnóstico de intoxicación o abstinencia de sustancias sólo cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean lo suficientemente graves como para justificar

Machine Translated by Google

atención clínica.

Nota de codificación: La CIE-10-MC codifica la enfermedad inducida por [sustancia/medicamento específico].
Los trastornos depresivos se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM
depende de si existe o no un trastorno comórbido por uso de sustancias presente durante
la misma clase de sustancia. En cualquier caso, un diagnóstico adicional por separado de un
No se da el trastorno por uso de sustancias. Si un trastorno leve por uso de sustancias es comórbido
con el trastorno depresivo inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "1",
y el médico debe registrar el “trastorno leve por consumo de [sustancias]” antes del trastorno depresivo inducido por
sustancias (p. ej., “trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno inducido por cocaína”).
desorden depresivo"). Si un trastorno por uso de sustancias moderado o grave es comórbido
con el trastorno depresivo inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "2",
y el médico debe registrar “trastorno por consumo de [sustancias] moderado” o “trastorno por uso grave”
Trastorno por uso de [sustancias]”, dependiendo de la gravedad del uso comórbido de sustancias.
trastorno. Si no hay ningún trastorno comórbido por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo intenso de una sola vez)
uso de la sustancia), entonces el carácter de la cuarta posición es “9” y el médico debe
registre sólo el trastorno depresivo inducido por sustancias.

	CIE-10-CM		
	Con uso suave trastorno	Con moderada o uso severo trastorno	Sin uso trastorno
Alcohol	F10.14	F10.24	F10.94
fenciclidina	F16.14	F16.24	F16.94
Otro alucinógeno	F16.14	F16.24	F16.94
Inhalador	F18.14	F18.24	F18.94
opioide	F11.14	F11.24	F11.94
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.	F13.14	F13.24	F13.94
Sustancia tipo anfetamina (u otra estimulante)	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	F14.14	F14.24	F14.94
Otra sustancia (o desconocida)	F19.14	F19.24	F19.94

Especifique (consulte la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias”)
que indica si “con inicio durante la intoxicación” y/o “con inicio durante la intoxicación”
abstinencia” se aplica a una determinada clase de sustancia; o especificar “con inicio después
uso de medicamentos”):

Con inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios para la intoxicación con el
sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la retirada: Si se cumplen los criterios para la retirada del
sustancia y los síntomas se desarrollan durante o poco después de la abstinencia.

Con inicio después del uso de medicamentos: si los síntomas se desarrollaron al inicio del tratamiento.
medicación, con un cambio en el uso de la medicación o durante la retirada de la misma.

Machine Translated by Google

medicamento.

Procedimientos de registro El

nombre del trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se presume está causando los síntomas depresivos. El código de diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de fármaco y la presencia o ausencia de un trastorno comórbido por uso de sustancias. Para sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se debe utilizar el código para “otra sustancia (o sustancia desconocida)”; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, también se deberá utilizar el mismo código.

Al registrar el nombre del trastorno, el trastorno comórbido por uso de sustancias (si lo hay) aparece primero, seguido de la palabra "con", seguido del nombre del trastorno depresivo inducido por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). Por ejemplo, en el caso de síntomas depresivos que ocurren durante la abstinencia en un hombre con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.24 trastorno grave por consumo de cocaína con trastorno depresivo inducido por cocaína, que comienza durante la abstinencia. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno comórbido grave por consumo de cocaína. Si el trastorno depresivo inducido por sustancias ocurre sin un trastorno comórbido por uso de sustancias (p. ej., después de un consumo intenso de la sustancia en una sola ocasión), no se observa ningún trastorno por uso de sustancias acompañante (p. ej., trastorno depresivo inducido por fenciclidina F16.94, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia desempeña un papel importante en el desarrollo de la depresión

síntomas del estado de ánimo, cada uno debe enumerarse por separado (p. ej., F15.24 trastorno grave por consumo de metilfenidato con trastorno depresivo inducido por metilfenidato, que comienza durante la abstinencia; F19.94 trastorno depresivo inducido por dexametasona, que comienza durante la intoxicación).

Características diagnósticas La

característica esencial del trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos es una alteración prominente y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o una marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades (Criterio A).) que se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o una exposición a una toxina) (Criterio B). Para cumplir con los criterios para el diagnóstico, los síntomas depresivos deben haberse desarrollado durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o la abstinencia de un medicamento, como lo demuestran la historia clínica, el examen físico o los hallazgos de laboratorio (Criterio B1). y la sustancia/medicamento involucrado debe ser capaz de producir los síntomas depresivos (Criterio B2). Además, los síntomas depresivos no se explican mejor por un trastorno depresivo no inducido por sustancias o medicamentos.

La evidencia de un trastorno depresivo independiente incluye la observación de que los síntomas depresivos precedieron al inicio del uso de sustancias/medicamentos, los síntomas depresivos persisten más allá de un período de tiempo sustancial después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave,

Machine Translated by Google

o existe otra evidencia que sugiere la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (Criterio C), como antecedentes de episodios depresivos recurrentes no inducidos por sustancias. Este diagnóstico no debe realizarse cuando los síntomas ocurren exclusivamente durante el curso de un delirio (Criterio D). Finalmente, el diagnóstico requiere que los síntomas depresivos inducidos por sustancias/medicamentos causen malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio E). El diagnóstico de trastorno depresivo inducido por sustancias debe realizarse en lugar de un diagnóstico de intoxicación o abstinencia de sustancias sólo cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y sean lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Las dos categorías de drogas de abuso con mayor probabilidad de causar un trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos son los depresores (p. ej., intoxicación por alcohol, benzodiazepinas y otras drogas sedantes, hipnóticas o ansiolíticas) y los estimulantes (p. ej., abstinencia de sustancias tipo anfetamina). y cocaína). Algunos medicamentos (p. ej., esteroides; medicamentos antihipertensivos como clonidina, guanetidina, metildopoa y reserpina; interferón; L-dopa) tienen especial probabilidad de causar síndromes depresivos inducidos por sustancias o medicamentos. Las sustancias implicadas en el trastorno depresivo inducido por medicamentos, con diversos grados de evidencia, incluyen antibióticos, agentes antivirales (efavirenz), agentes cardiovasculares (betabloqueantes y bloqueadores de los canales de calcio, derivados del ácido retinoico (isotretinoína), antidepresivos, anticonvulsivos, agentes antimigrañosos (triptanos).), antipsicóticos, agentes hormonales (corticosteroides, anticonceptivos orales, agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina, tamoxifeno), fármacos quimioterapéuticos y agentes para dejar de fumar (vareniclina). Es probable que esta lista crezca a medida que se sinteticen nuevos compuestos.

Una historia clínica clara y un juicio cuidadoso son esenciales para determinar si la sustancia de abuso o la medicación están realmente asociadas con síntomas depresivos inducidos o si es mejor entender que los síntomas constituyen un trastorno depresivo independiente.
Un diagnóstico de trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos es más probable si el individuo estaba tomando dosis altas de una droga de abuso o medicamento relevante y no hay antecedentes de episodios depresivos independientes. Por ejemplo, un episodio depresivo que se desarrolló en el contexto de un uso intensivo de una sustancia de abuso relevante o dentro de las primeras semanas de comenzar con alfa-metildopa (un agente antihipertensivo) en un individuo sin antecedentes de trastorno depresivo mayor calificaría para el tratamiento. diagnóstico de un trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos. En algunos casos, una condición previamente establecida (p. ej., trastorno depresivo mayor, recurrente) puede recurrir mientras el individuo está

tomar simultáneamente una droga o medicamento que tiene la capacidad de causar síntomas depresivos (p. ej., alcohol y/o estimulantes en el contexto de un uso intensivo, L-dopa, anticonceptivos orales).
En todos estos casos, el médico debe juzgar si el medicamento es causante en esta situación particular.

Un trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos se distingue de un trastorno depresivo independiente por el inicio o curso, o por otros factores asociados con el uso de sustancias o medicamentos. Debe haber evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio del uso de una droga de abuso o un medicamento que sea capaz de producir síntomas depresivos después de la exposición, la abstinencia o la intoxicación con esa sustancia antes de su uso.

Machine Translated by Google

aparición del trastorno depresivo. Los cambios neuroquímicos asociados con la intoxicación y los estados de abstinencia de algunas sustancias pueden ser relativamente prolongados y, por lo tanto, los síntomas depresivos intensos pueden durar más tiempo después del cese del consumo de sustancias y aún ser consistentes con un diagnóstico de un trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos. .

Predominio

Se ha informado que la tasa de episodios depresivos inducidos por alcohol y estimulantes a lo largo de la vida es del 40% o más entre personas con trastornos relevantes por uso de sustancias. Sin embargo, en una población adulta estadounidense representativa a nivel nacional, la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos en ausencia de antecedentes de trastorno depresivo no inducido por sustancias fue sólo del 0,26%. Estos datos indican que se debe tener especial cuidado para buscar y abordar las afecciones inducidas por sustancias en personas con trastornos por consumo de alcohol y estimulantes.

Desarrollo y evolución

Un trastorno depresivo asociado con el uso de sustancias (p. ej., alcohol, sustancias tipo anfetamina y/o cocaína, o un tratamiento recetado para afecciones médicas) debe aparecer mientras el individuo consume la sustancia o durante la abstinencia, si existe un síndrome de abstinencia asociado con la sustancia. Muy a menudo, el trastorno depresivo comienza dentro de las primeras semanas o 1 mes de uso intensivo de la sustancia. Una vez que se suspende la sustancia, los síntomas depresivos generalmente remiten en unos días o varias semanas, dependiendo de la vida media de la sustancia/medicamento y de la presencia de un síndrome de abstinencia. Si los síntomas persisten 4 semanas más allá del tiempo esperado de abstinencia de una sustancia/medicamento en particular, se deben considerar otras causas de los síntomas del estado de ánimo depresivo.

Hay varios ensayos controlados prospectivos que examinan la asociación de los síntomas depresivos con el uso de un medicamento recetado, pero la mayoría de los informes sobre este tema involucran series retrospectivas de personas que inician tratamiento o participantes en grandes estudios transversales. Existen más estudios sobre el curso clínico de las depresiones inducidas por el alcohol y las drogas ilícitas, y la mayoría apoya la afirmación de que es muy probable que las afecciones inducidas por sustancias desaparezcan en un tiempo relativamente corto después de la abstinencia. Igualmente importantes son los indicios de que las personas con síntomas depresivos residuales significativos después del tratamiento por trastornos por uso de sustancias tienen una mayor probabilidad de recaer en su consumo de sustancias.

Factores de riesgo y pronóstico

Los factores de riesgo del trastorno depresivo inducido por sustancias incluyen antecedentes de trastorno de personalidad antisocial, esquizofrenia y trastorno bipolar; un historial de acontecimientos vitales estresantes en los últimos 12 meses; antecedentes de depresiones previas inducidas por fármacos; y antecedentes familiares de trastornos por uso de sustancias. Además, los cambios neuroquímicos asociados con el alcohol y otras drogas de abuso a menudo contribuyen a los síntomas depresivos y de ansiedad durante la abstinencia que posteriormente influyen en el uso continuo de sustancias y reducen la probabilidad de remisión de los trastornos por uso de sustancias. El curso del trastorno depresivo inducido por sustancias puede empeorar por la adversidad socioestructural asociada con la pobreza, el racismo y la marginación.

Machine Translated by Google

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Entre las personas con un trastorno por uso de sustancias, el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo inducido por sustancias parece ser similar en hombres y mujeres.

Marcadores de diagnóstico

Los análisis de laboratorio de la sustancia sospechosa en la sangre o la orina tienen un valor limitado para identificar el trastorno depresivo inducido por sustancias porque los niveles en sangre y orina suelen ser negativos cuando un individuo acude a una evaluación, lo que refleja el hecho de que las depresiones inducidas por sustancias pueden durar varios años. hasta 4 semanas después de que haya cesado el uso de la droga de abuso o medicamento. Por lo tanto, un valor de prueba positivo sólo significa que un individuo ha tenido una experiencia reciente con una sustancia, pero por sí solo no establece un curso temporal u otras características que probablemente estén asociadas con el trastorno depresivo inducido por sustancias. Sin embargo, como ocurre con la mayoría de los trastornos mentales, los datos más importantes para diagnosticar estas afecciones provienen de una historia clínica detallada y del examen del estado mental.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

El riesgo de intentos de suicidio es mayor entre personas con posible trastorno por consumo de alcohol que experimentan episodios depresivos, ya sean inducidos por sustancias o independientes de ellas, en comparación con los sujetos de control.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación y abstinencia de sustancias. Los síntomas depresivos ocurren comúnmente en la intoxicación y abstinencia de sustancias. Se debe realizar un diagnóstico de trastorno depresivo inducido por sustancias en lugar de un diagnóstico de intoxicación o abstinencia de sustancias cuando los síntomas del estado de ánimo son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica independiente. Por ejemplo, el estado de ánimo disfórico es un rasgo característico de la abstinencia de cocaína. El trastorno depresivo inducido por sustancias que comienza durante la abstinencia debe diagnosticarse en lugar de la abstinencia de cocaína sólo si la alteración del estado de ánimo del Criterio A predomina en el cuadro clínico y es lo suficientemente grave como para ser un foco separado de atención y tratamiento.

Trastorno depresivo independiente. Un trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos se distingue de un trastorno depresivo independiente por el hecho de que, aunque una sustancia se ingiere en cantidades suficientemente elevadas como para estar posiblemente relacionada etiológicamente con los síntomas, si el síndrome depresivo se observa en momentos distintos del momento en que Si se utiliza alguna sustancia o medicamento, se debe diagnosticar como un trastorno depresivo independiente.

Trastorno depresivo debido a otra condición médica. Debido a que las personas con afecciones médicas a menudo toman medicamentos para esas afecciones, el médico debe considerar la posibilidad de que los síntomas del estado de ánimo sean causados por las consecuencias fisiológicas de la afección médica y no por la medicación, en cuyo caso se diagnostica un trastorno depresivo debido a otra afección médica. La historia proporciona a menudo la base principal para tal juicio. En ocasiones, puede ser necesario un cambio en el tratamiento de la afección médica (p. ej., sustitución o interrupción del medicamento) para determinar empíricamente si el medicamento es el agente causal. Si el médico ha determinado que la alteración es función de otra afección médica y del uso o abstinencia de sustancias, entonces ambos diagnósticos (es decir, trastorno depresivo debido a otra afección médica)

Machine Translated by Google

(condición médica y trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos). Cuando no hay evidencia suficiente para determinar si los síntomas depresivos están asociados con la ingestión o abstinencia de una sustancia (incluido un medicamento) o con otra afección médica o son independientes (es decir, no son una función de una sustancia ni de otra afección médica), se debe realizar un diagnóstico de está indicado otro trastorno depresivo especificado o trastorno depresivo no especificado.

Comorbilidad En un

estudio que utilizó el DSM-IV, que comparó individuos con trastorno depresivo mayor independiente y sin trastorno comórbido por uso de sustancias e individuos con trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos,

aquellos con trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos tuvieron tasas más altas de comorbilidad con cualquier DSM. -IV trastorno mental; tenían más probabilidades de tener trastornos específicos como el trastorno por consumo de tabaco, el trastorno de juego y el trastorno de personalidad antisocial; y tenían menos probabilidades de tener un trastorno depresivo persistente. En comparación con las personas con trastorno depresivo mayor y un trastorno comórbido por uso de sustancias, las personas con trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos tienen más probabilidades de tener un trastorno por uso de alcohol u otras sustancias; sin embargo, es menos probable que padezcan un trastorno depresivo persistente.

Trastorno depresivo debido a otra afección médica

Criterios de diagnóstico

A. Una alteración prominente y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o una marcada disminución del interés o del placer en todas o casi todas las actividades.

B. Existe evidencia a partir de la anamnesis, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor estresante es una afección médica grave).

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende del especificador (ver más abajo).

Especificar

si: F06.31 Con características depresivas: No se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor.

F06.32 Con episodio similar a una depresión mayor: se cumplen todos los criterios (excepto el Criterio C) para un episodio depresivo mayor.

Machine Translated by Google

F06.34 Con características mixtas: los síntomas de manía o hipomanía también están presentes pero no predominan en el cuadro clínico.

Nota de codificación: incluya el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., F06.31 trastorno depresivo debido a hipotiroidismo, con características depresivas). La otra afección médica también debe codificarse y enumerarse por separado inmediatamente antes del trastorno depresivo debido a la afección médica (p. ej., E03.9 hipotiroidismo; F06.31 trastorno depresivo debido a hipotiroidismo, con características depresivas).

Características diagnósticas La

característica esencial del trastorno depresivo debido a otra afección médica es un período prominente y persistente de estado de ánimo deprimido o de interés o placer marcadamente disminuido en todas, o casi todas, las actividades que predomina en el cuadro clínico (Criterio A) y que se cree deberse a los efectos fisiológicos de otra condición médica (Criterio B). Para determinar si el trastorno del estado de ánimo se debe a otra afección médica, el médico debe establecer primero la presencia de otra afección médica. Además, el médico debe establecer que la alteración del estado de ánimo está etiológicamente relacionada con otra afección médica a través de una relación fisiológica.

mecanismo. Es necesaria una evaluación cuidadosa y exhaustiva de múltiples factores para emitir este juicio. Aunque no existen pautas infalibles para determinar si la relación entre el trastorno del estado de ánimo y otra afección médica es etiológica, varias consideraciones brindan alguna orientación en esta área. Una consideración es la presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de otra afección médica y la del trastorno del estado de ánimo. Una segunda consideración es la presencia de características que son atípicas de los trastornos depresivos independientes (p. ej., edad atípica de inicio o evolución o ausencia de antecedentes familiares). La evidencia de la literatura que sugiere que puede haber una asociación directa entre otra condición médica en cuestión y el desarrollo de síntomas del estado de ánimo puede proporcionar un contexto útil en la evaluación de una situación particular.

Funciones asociadas

La etiología (es decir, una relación causal con otra afección médica basada en la mejor evidencia clínica) es la variable clave en el trastorno depresivo debido a otra afección médica. La lista de las condiciones médicas que se dice que pueden inducir una depresión mayor nunca está completa, y el mejor criterio del médico es la esencia de este diagnóstico.

Existen asociaciones claras, así como algunos correlatos neuroanatómicos, de la depresión con el accidente cerebrovascular (ACV), la enfermedad de Huntington, la enfermedad de Parkinson y la lesión cerebral traumática (LCT). Entre las afecciones neuroendocrinas más estrechamente asociadas con la depresión se encuentran el síndrome de Cushing y el hipotiroidismo. Los trastornos autoinmunes, como el lupus eritematoso sistémico y las deficiencias de ciertas vitaminas, como la vitamina B12 , también se han relacionado con la depresión. Existen muchas otras afecciones que se cree que están asociadas con la depresión, como la esclerosis múltiple. Sin embargo, el apoyo de la literatura a una asociación causal es mayor

Machine Translated by Google

con algunas condiciones que con otras. Actualmente, existe apoyo para un mecanismo fisiopatológico directo para los síntomas depresivos en lesiones focales (ACV, TBI, neoplasia) que afectan a ciertas regiones del cerebro, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington, el hipotiroidismo, el síndrome de Cushing y el cáncer de páncreas.

Predominio

Las diferencias de sexo en la prevalencia dependen en cierta medida de la diferencia de sexo asociada con la afección médica (p. ej., el lupus eritematoso sistémico es más común en mujeres; el accidente cerebrovascular es algo más común en hombres de mediana edad en comparación con las mujeres).

Desarrollo y evolución Después del accidente

cerebrovascular, el inicio de la depresión parece ser agudo y ocurre a los pocos días del ACV en la serie de casos más grande. Sin embargo, en algunos casos, el inicio de la depresión ocurre semanas o meses después del ACV. En la serie más grande, la duración del episodio depresivo mayor después del accidente cerebrovascular fue de 9 a 11 meses en promedio. En la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Huntington, la depresión a menudo precede a los principales deterioros motores y cognitivos asociados con cada afección. Éste es el caso más destacado de la enfermedad de Huntington, en la que la depresión se considera el primer síntoma neuropsiquiátrico. Existe cierta evidencia observacional de que la depresión es menos común a medida que progresa el trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Huntington. En algunas personas con lesiones cerebrales estáticas y otras enfermedades del sistema nervioso central, los síntomas del estado de ánimo pueden ser episódicos (es decir, recurrentes) durante el curso del trastorno. En el síndrome de Cushing y el hipotiroidismo, la depresión puede ser una manifestación temprana de la enfermedad. En el cáncer de páncreas, la depresión suele preceder a otras características.

Factores de riesgo y pronóstico

El riesgo de aparición aguda de un trastorno depresivo mayor después de un ACV (entre 1 día y una semana después del evento) parece estar fuertemente correlacionado con la ubicación de la lesión, con el mayor riesgo asociado con accidentes cerebrovasculares frontales izquierdos y el menor riesgo aparentemente asociado con lesiones frontales derechas.

en aquellos individuos que se presentan a los pocos días del accidente cerebrovascular. La asociación con las regiones frontales y la lateralidad no se observa en los estados depresivos que ocurren en los 2 a 6 meses posteriores al accidente cerebrovascular, lo que tal vez sea indicativo de síntomas depresivos posteriores que representan un trastorno depresivo mayor, un trastorno de adaptación o desmoralización. En personas con enfermedad de Parkinson, la edad temprana de inicio, una mayor carga de síntomas motores y una mayor duración de la enfermedad se han asociado con la depresión. El riesgo de depresión después de una lesión cerebral traumática se ha asociado con el sexo femenino, un trastorno depresivo previo, síntomas psiquiátricos tempranos después de una lesión, un menor volumen cerebral y desempleo.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Las mujeres

pueden tener un riesgo diferencialmente mayor de desarrollar depresión en el contexto de una enfermedad cardiovascular, particularmente después de un accidente cerebrovascular.

Machine Translated by Google

Marcadores de diagnóstico Los marcadores de diagnóstico pertenecen a aquellos asociados con la afección médica (p. ej., niveles de esteroides en sangre u orina para ayudar a corroborar el diagnóstico de la enfermedad de Cushing, que puede estar asociada con síndromes maníacos o depresivos).

Asociación con pensamientos o conductas suicidas No existen estudios epidemiológicos que proporcionen evidencia para diferenciar el riesgo de suicidio de un episodio depresivo mayor debido a otra afección médica en comparación con el riesgo de un episodio depresivo mayor en general. Hay informes de casos de suicidios asociados con episodios depresivos mayores asociados con otra afección médica. Existe una clara asociación entre las enfermedades médicas graves y el suicidio, especialmente poco después del inicio o del diagnóstico de la enfermedad. Por lo tanto, sería prudente suponer que el riesgo de suicidio en los episodios depresivos mayores asociados con afecciones médicas no es menor que el de otras formas de episodios depresivos mayores, e incluso podría ser mayor.

Diagnóstico diferencial Trastornos depresivos que no se deben a otra condición médica. La determinación de si una afección médica que acompaña a un trastorno depresivo está causando el trastorno depende de a) la ausencia de uno o más episodios depresivos antes de la aparición de la afección médica, b) la probabilidad de que la afección médica asociada tenga un potencial para promover o causar un trastorno depresivo, y c) un curso de los síntomas depresivos poco después del inicio o empeoramiento de la condición médica, especialmente si los síntomas depresivos remiten cerca del momento en que el trastorno médico se trata o remite efectivamente.

Trastorno depresivo inducido por medicamentos. Una advertencia importante es que algunas afecciones médicas se tratan con medicamentos (p. ej., esteroides o interferón alfa) que pueden inducir síntomas depresivos o maníacos. En estos casos, el juicio clínico, basado en toda la evidencia disponible, es la mejor manera de tratar de separar el más probable y/o el más importante de dos factores etiológicos (es decir, asociación con la afección médica frente a una enfermedad inducida por una sustancia). síndrome).

Delirio y trastorno neurocognitivo mayor o leve. No se realiza un diagnóstico independiente de trastorno depresivo debido a otra afección médica si el trastorno depresivo se produce exclusivamente durante el curso de un delirio. Sin embargo, se puede dar un diagnóstico de trastorno depresivo debido a otra afección médica además de un diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor o leve si se considera que el trastorno depresivo es una consecuencia fisiológica del proceso patológico que causa el trastorno neurocognitivo y si se presentan síntomas de depresión. Son una parte destacada de la presentación clínica.

Trastornos de adaptación. Es importante diferenciar un episodio depresivo de un trastorno de adaptación, ya que la aparición de la afección médica es en sí misma un factor estresante de la vida que podría

provocar un trastorno de adaptación o un episodio de depresión mayor. Los principales elementos diferenciadores son la omnipresencia del cuadro depresivo y el número y calidad de los síntomas depresivos que el individuo reporta o demuestra en el sistema mental.

Machine Translated by Google

examen de estado. El diagnóstico diferencial de las condiciones médicas asociadas es relevante pero en gran medida está más allá del alcance del presente manual.

Desmoralización. La desmoralización es una reacción común a las enfermedades médicas crónicas. Está marcado por un sentimiento de incompetencia subjetiva, impotencia y desesperanza, y un deseo de darse por vencido. A menudo se acompaña de síntomas depresivos como mal humor y fatiga. La desmoralización generalmente carece de la anhedonia asociada con el trastorno depresivo debido a otra afección médica, y los individuos generalmente encontrarán placer en actividades que antes eran significativas y podrán experimentar momentos de felicidad.

Comorbilidad Las

condiciones comórbidas con el trastorno depresivo debido a otra condición médica son aquellas asociadas con las condiciones médicas de relevancia etiológica. Se ha observado que el delirio puede ocurrir antes o junto con los síntomas depresivos en personas con una variedad de afecciones médicas, como la enfermedad de Cushing. La asociación de síntomas de ansiedad, generalmente síntomas generalizados, es común en los trastornos depresivos, independientemente de la causa.

Otro trastorno depresivo especificado

F32.89

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos depresivos. y no cumplen con los criterios de trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido o trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de ningún trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando "otro trastorno depresivo especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "episodio depresivo de corta duración").

Ejemplos de presentaciones que pueden especificarse utilizando la designación “otro especificado” incluyen los siguientes: 1. Depresión

breve recurrente: presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2 a 13 días al menos una vez al mes (no asociados) . con el ciclo menstrual) durante al menos 12 meses consecutivos en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios de ningún otro trastorno depresivo o bipolar y actualmente no cumple los criterios activos o residuales de ningún trastorno psicótico.

2. Episodio depresivo de corta duración (4 a 13 días): afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio depresivo mayor asociados con malestar o deterioro clínicamente significativo que persiste durante más de 4 días, pero menos de 14 días. , en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios de ningún otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o

Machine Translated by Google

Criterios residuales para cualquier trastorno psicótico y no cumple con los criterios de depresión breve recurrente.

3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: afecto deprimido y al menos uno de los otros ocho síntomas de un episodio depresivo mayor asociado con malestar o deterioro clínicamente significativo que persiste durante al menos 2 semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios de ningún otro. trastorno depresivo o bipolar, actualmente no cumple con los criterios activos o residuales para ningún trastorno psicótico, y no cumple con los criterios para los síntomas mixtos de ansiedad y trastorno depresivo.

4. Episodio depresivo mayor superpuesto a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otro trastorno psicótico. Nota: Los episodios depresivos mayores que forman parte del trastorno esquizoafectivo no ameritan un diagnóstico adicional de otro trastorno depresivo específico.

Trastorno depresivo no especificado

F32.A

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos depresivos. y no cumplen con los criterios de trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido o trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido. La categoría de trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide no especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones para las cuales no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en configuración de la sala de emergencias).

Trastorno del estado de ánimo no especificado

F39

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del estado de ánimo que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que en el momento de la evaluación no cumplen con todos los criterios para ninguno de los trastornos. en las clases de diagnóstico de trastornos bipolares o depresivos y en las que es difícil

Machine Translated by Google

elegir entre trastorno bipolar no especificado y trastorno relacionado y trastorno depresivo no especificado (p. ej., agitación aguda).

Especificadores de trastornos depresivos

Especifique si:

Con angustia ansiosa: La angustia ansiosa se define como la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas durante la mayoría de los días del episodio depresivo mayor actual (o el episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno depresivo mayor se encuentra actualmente en remisión parcial o total) o trastorno depresivo persistente actual:

1. Sentirse nervioso o tenso.
2. Sentirse inusualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a la preocupación.
4. Miedo a que pueda pasar algo terrible.
5. Sensación de que el individuo podría perder el control de sí mismo.

Especifique la gravedad actual:

Leve: dos síntomas.

Moderado: tres síntomas.

Moderado-grave: cuatro o cinco síntomas.

Grave: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

Nota: La angustia por ansiedad se ha observado como una característica destacada tanto del trastorno bipolar como del trastorno depresivo mayor tanto en la atención primaria como en la salud mental especializada.

ajustes. Los altos niveles de ansiedad se han asociado con un mayor riesgo de suicidio, una mayor duración de la enfermedad y una mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento. Como resultado, es clínicamente útil especificar con precisión la presencia y los niveles de gravedad de la angustia ansiosa para la planificación del tratamiento y el seguimiento de la respuesta al tratamiento.

Con características mixtas:

A. Al menos tres de los siguientes síntomas maníacos/hipomanicos están presentes durante la mayoría de los días del episodio depresivo mayor actual (o el episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno depresivo mayor se encuentra actualmente en remisión parcial o total): 1. Elevado, estado de ánimo expansivo.

2. Autoestima inflada o grandiosidad.
3. Más hablador de lo habitual o presión para seguir hablando.

Machine Translated by Google

4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se aceleran.
5. Aumento de la energía o de la actividad dirigida a objetivos (ya sea social, en el trabajo o la escuela, o sexualmente).
6. Participación mayor o excesiva en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (por ejemplo, participar en compras desenfrenadas, indiscreciones sexuales o inversiones comerciales tontas).
7. Disminución de la necesidad de dormir (sentirse descansado a pesar de dormir menos de lo habitual; en contraste con el insomnio).

B. Los síntomas mixtos son observables por otros y representan un cambio con respecto al comportamiento habitual de la persona.

C. Para las personas cuyos síntomas cumplen todos los criterios de manía o hipomanía, el diagnóstico debe ser trastorno bipolar I o bipolar II.

D. Los síntomas mixtos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento u otro tratamiento).

Nota: Se ha descubierto que las características mixtas asociadas con un episodio depresivo mayor son un factor de riesgo significativo para el desarrollo del trastorno bipolar I o bipolar II. Como resultado, es clínicamente útil observar la presencia de este especificador para la planificación del tratamiento y el seguimiento de la respuesta al tratamiento.

Con rasgos melancólicos:

A. Uno de los siguientes está presente durante el período más severo del episodio depresivo mayor actual (o el episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno depresivo mayor se encuentra actualmente en remisión parcial o total): 1. Pérdida total o casi del placer. todas las actividades.
2. Falta de reactividad ante estímulos habitualmente placenteros (no se siente mucho mejor, aunque sea temporalmente, cuando sucede algo bueno).

B. Tres (o más) de los siguientes:

1. Una cualidad distintiva del estado de ánimo deprimido caracterizado por un profundo abatimiento, desesperación y/o mal humor o por el llamado estado de ánimo vacío.
2. Depresión que suele empeorar por la mañana.
3. Despertar temprano en la mañana (es decir, al menos 2 horas antes del despertar habitual).
4. Marcada agitación o retraso psicomotor.
5. Anorexia o pérdida de peso significativa.
6. Culpa excesiva o inapropiada.

Nota: El especificador “con rasgos melancólicos” se aplica si estos rasgos están presentes en la etapa más grave del episodio. Hay una ausencia casi total de la

capacidad de placer, no simplemente una disminución. Una guía para evaluar la falta

Machine Translated by Google

La principal característica de la reactividad del estado de ánimo es que ni siquiera los acontecimientos más deseados se asocian con una marcada mejora del estado de ánimo. O el estado de ánimo no mejora en absoluto o sólo lo hace parcialmente (p. ej., hasta un 20%-40% de lo normal durante sólo unos minutos cada vez). La "calidad distintiva" del estado de ánimo que es característica del especificador "con rasgos melancólicos" se experimenta como cualitativamente diferente de la que se experimenta durante un episodio depresivo no melancólico. Un estado de ánimo deprimido que se describe simplemente como más severo, más duradero o presente sin una razón no se considera de calidad distinta. Los cambios psicomotores casi siempre están presentes y son observables por otros.

Los rasgos melancólicos exhiben sólo una modesta tendencia a repetirse en episodios del mismo individuo. Son más frecuentes en pacientes hospitalizados que en pacientes ambulatorios; son menos probables que ocurran en episodios depresivos mayores más leves que en los más graves; y es más probable que ocurran en personas con características psicóticas.

Con características atípicas: este especificador se aplica cuando estas características predominan durante la mayoría de los días del episodio depresivo mayor actual (o el episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno depresivo mayor se encuentra actualmente en remisión parcial o total) o el trastorno depresivo persistente actual.

A. Reactividad del estado de ánimo (es decir, el estado de ánimo mejora en respuesta a una reacción positiva real o potencial).
eventos).

B. Dos (o más) de los siguientes:

1. Aumento significativo de peso o aumento del apetito.
2. Hipersomnia.
3. Parálisis plúmbea (es decir, sensación de pesadez y plomo en brazos o piernas).
4. Un patrón prolongado de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que resulta en un deterioro social u ocupacional significativo.

C. No se cumplen los criterios para "con rasgos melancólicos" o "con catatonia" durante el mismo episodio.

Nota: La "depresión atípica" tiene un significado histórico (es decir, atípica en contraposición a las presentaciones más clásicas, agitadas y "endógenas" de depresión que eran la norma cuando la depresión rara vez se diagnosticaba en pacientes ambulatorios y casi nunca en adolescentes o adultos más jóvenes) y hoy en día la tiene. no connota una presentación clínica poco común o inusual como el término podría implicar.

La reactividad del estado de ánimo es la capacidad de animarse cuando se le presentan eventos positivos (p. ej., una visita de niños, elogios de otros). El estado de ánimo puede volverse eutímico (no triste) incluso durante períodos prolongados si las circunstancias externas siguen siendo favorables. El aumento del apetito puede manifestarse por un aumento evidente en la ingesta de alimentos o por un aumento de peso. La hipersomnia puede incluir un período prolongado de sueño nocturno o siestas diurnas que totalicen al menos 10 horas de sueño por día (o al menos 2 horas más que cuando no

Machine Translated by Google

deprimido). La parálisis plúmbea se define como una sensación de pesadez, plomo o agobio, generalmente en los brazos o las piernas. Esta sensación generalmente está presente durante al menos una hora al día, pero a menudo dura muchas horas seguidas. A diferencia de otros rasgos atípicos, la sensibilidad patológica al rechazo interpersonal percibido es un rasgo que tiene un inicio temprano y persiste durante la mayor parte de la vida adulta. La sensibilidad al rechazo ocurre cuando la persona está y no está deprimida, aunque puede exacerbarse durante los períodos depresivos.

Con características psicóticas: los delirios y/o alucinaciones están presentes en cualquier momento del episodio depresivo mayor actual (o del episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno depresivo mayor se encuentra actualmente en remisión parcial o total). Si hay características psicóticas presentes, especifique si son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo:

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: el contenido de todos los delirios y alucinaciones coincide con los temas depresivos típicos de insuficiencia personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.

Con características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo: el contenido de los delirios o alucinaciones no involucra temas depresivos típicos de insuficiencia personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido, o el contenido es una mezcla de incongruencia con el estado de ánimo y congruencia con el estado de ánimo. temas.

Con catatonia: este especificador se aplica al episodio depresivo mayor actual (o al episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno depresivo mayor se encuentra actualmente en remisión parcial o total) si las características catatónicas están presentes durante la mayor parte del episodio. Consulte los criterios de catatonia asociada con un trastorno mental en el capítulo "Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos".

Con inicio periparto: este especificador se aplica al episodio depresivo mayor actual (o al episodio depresivo mayor más reciente si el trastorno depresivo mayor se encuentra actualmente en remisión parcial o total) si los síntomas del estado de ánimo aparecen durante el embarazo o en las 4 semanas posteriores al parto.

Nota: Los episodios de humor pueden aparecer durante el embarazo o el posparto. Alrededor del 50% de los episodios depresivos mayores posparto comienzan antes del parto. Por tanto, estos episodios se denominan colectivamente episodios periparto .

Entre la concepción y el nacimiento, alrededor del 9% de las mujeres experimentarán un episodio depresivo mayor. La mejor estimación de la prevalencia de un episodio depresivo mayor entre el nacimiento y los 12 meses posparto es apenas inferior al 7%.

Los episodios del estado de ánimo que aparecen en el periparto pueden presentarse con o sin características psicóticas. El infanticidio (un caso poco frecuente) se asocia con mayor frecuencia con episodios psicóticos posparto que se caracterizan por alucinaciones de órdenes para matar al bebé o delirios de que el bebé está poseído, pero los síntomas psicóticos también pueden ocurrir en episodios graves del estado de ánimo posparto.

Machine Translated by Google

sin tales delirios o alucinaciones específicas.

Los episodios de estado de ánimo posparto (depresivos mayores o maníacos) con características psicóticas parecen ocurrir en 1 de cada 500 a 1 de cada 1000 partos y pueden ser más comunes en mujeres primíparas. El riesgo de episodios posparto con características psicóticas aumenta particularmente en mujeres con episodios previos de estado de ánimo psicótico posparto, pero también es elevado en aquellas con antecedentes de trastorno depresivo o bipolar (especialmente trastorno bipolar I) y en aquellas con antecedentes familiares de trastornos bipolares. .

Una vez que una mujer ha tenido un episodio posparto con características psicóticas, el riesgo de recurrencia en cada parto posterior está entre el 30% y el 50%.
Los episodios posparto deben diferenciarse del delirio que ocurre en el período posparto, que se distingue por un nivel fluctuante de conciencia o atención.

Los trastornos depresivos que aparecen en el periparto deben distinguirse de la mucho más común “tristeza de la maternidad”, o lo que se conoce en términos sencillos como “tristeza posparto”. La tristeza de la maternidad no se considera un trastorno mental y se caracteriza por cambios repentinos de humor (p. ej., la aparición repentina de llanto en ausencia de depresión) que no causan deterioro funcional y que probablemente sean causados por cambios fisiológicos que ocurren después del parto. Es temporal y autolimitado, y generalmente mejora rápidamente (en una semana) sin necesidad de tratamiento. Otros síntomas de la tristeza de la maternidad incluyen alteraciones del sueño e incluso confusión que puede ocurrir poco después del parto.

Las mujeres perinatales pueden tener un mayor riesgo de sufrir trastornos depresivos debido a anomalías de la tiroides, así como a otras afecciones médicas que pueden causar síntomas depresivos. Si se considera que los síntomas depresivos se deben a otra afección médica relacionada con el período perinatal, se debe diagnosticar un trastorno depresivo debido a otra afección médica en lugar de un episodio depresivo mayor, con inicio en el periparto.

Con patrón estacional: este especificador se aplica al trastorno depresivo mayor recurrente.

R. Ha habido una relación temporal regular entre la aparición de episodios depresivos mayores en el trastorno depresivo mayor y una época particular del año (p. ej., en otoño o invierno).

Nota: No incluya casos en los que exista un efecto obvio de factores estresantes psicosociales estacionales (por ejemplo, estar desempleado regularmente cada invierno).

B. Las remisiones completas también ocurren en una época característica del año (p. ej., depresión desaparece en primavera).

C. En los últimos 2 años, han ocurrido dos episodios depresivos mayores que

Machine Translated by Google

demuestran las relaciones estacionales temporales definidas anteriormente y no se han producido episodios depresivos mayores no estacionales durante ese mismo período.

D. Los episodios depresivos mayores estacionales (como se describe anteriormente) superan sustancialmente a los episodios depresivos mayores no estacionales que pueden haber ocurrido durante la vida del individuo.

Nota: El especificador “con patrón estacional” puede aplicarse al patrón de episodios depresivos mayores en el trastorno depresivo mayor recurrente. La característica esencial es el inicio y la remisión de episodios depresivos mayores en épocas características del año. En la mayoría de los casos, los episodios comienzan en otoño o invierno y remiten en primavera. Con menos frecuencia, puede haber episodios depresivos veraniegos recurrentes.
Este patrón de inicio y remisión de los episodios debe haber ocurrido durante al menos un período de 2 años, sin que se produzcan episodios no estacionales durante este período. Además, los episodios depresivos estacionales deben superar sustancialmente en número a los episodios depresivos no estacionales a lo largo de la vida del individuo.

Este especificador no se aplica a aquellas situaciones en las que el patrón se explica mejor por factores estresantes psicosociales vinculados estacionalmente (por ejemplo, desempleo estacional o horario escolar). Los episodios depresivos mayores que ocurren en un patrón estacional a menudo se caracterizan por pérdida de energía, hipersomnia, comer en exceso, aumento de peso y ansia de carbohidratos.

La prevalencia del patrón estacional de tipo invernal parece variar con la latitud, la edad y el sexo. La prevalencia aumenta con latitudes más altas. La edad también es un fuerte predictor de la estacionalidad, ya que las personas más jóvenes corren un mayor riesgo de sufrir episodios depresivos invernales.

Especifique

si: En remisión parcial: Los síntomas del episodio depresivo mayor inmediatamente anterior están presentes pero no se cumplen todos los criterios, o hay un período que dura menos de 2 meses sin ningún síntoma significativo de un episodio depresivo mayor después del final de dicho episodio. .

En remisión total: durante los últimos 2 meses, no se presentaron signos o síntomas significativos de la alteración.

Especifique la gravedad

actual: la gravedad se basa en la cantidad de síntomas de criterio, la gravedad de esos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Hay pocos síntomas, si es que hay alguno, que superen los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas es angustiosa pero manejable y los síntomas provocan un deterioro menor en el funcionamiento social u ocupacional.

Moderado: el número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional se encuentran entre los especificados para “leve” y “grave”.

Grave: el número de síntomas es sustancialmente superior al requerido para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas es muy angustiante e inmanejable, y los síntomas interfieren notablemente con las actividades sociales y

Machine Translated by Google

funcionamiento ocupacional.

[1]Al distinguir el duelo de un episodio depresivo mayor (EMD), es útil considerar que en el duelo el afecto predominante son los sentimientos de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de anticipar la felicidad o el placer. Es probable que la disforia en el duelo disminuya en intensidad a lo largo de días o semanas y se presente en oleadas, los llamados dolores de duelo. Estas ondas tienden a asociarse con pensamientos o recordatorios del difunto. El estado de ánimo deprimido de un MDE es más persistente y no está ligado a pensamientos o preocupaciones específicas. El dolor del duelo puede ir acompañado de emociones positivas y humor que no son característicos de la infelicidad y la miseria generalizadas características de un EDM. El contenido del pensamiento asociado con el duelo generalmente presenta una preocupación por los pensamientos y recuerdos del fallecido, en lugar de las cavilaciones autocríticas o pesimistas que se ven en un MDE. En el duelo, la autoestima generalmente se conserva, mientras que en un EMD son comunes los sentimientos de inutilidad y autodesprecio. Si la ideación autodespectiva está presente en el duelo, normalmente implica la percepción de fallas frente al fallecido (p. ej., no visitarlo con suficiente frecuencia, no decirle al fallecido cuánto lo amaban). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y el morir, esos pensamientos generalmente se centran en el difunto y posiblemente en “unirse” al difunto, mientras que en un MDE esos pensamientos se centran en poner fin a su propia vida porque se siente inútil, no merece la vida o incapaz de afrontar el dolor de la depresión.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Desórdenes de ansiedad

Los trastornos de ansiedad incluyen trastornos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos y alteraciones del comportamiento relacionadas. El miedo es la respuesta emocional a una amenaza inminente real o percibida, mientras que la ansiedad es la anticipación de una amenaza futura. Obviamente, estos dos estados se superponen, pero también difieren: el miedo se asocia más a menudo con oleadas de excitación autónoma necesarias para luchar o huir, pensamientos de peligro inmediato y conductas de escape, y la ansiedad se asocia más a menudo con tensión muscular y vigilancia en preparación para una situación de emergencia. peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. A veces, el nivel de miedo o ansiedad se reduce mediante conductas de evitación generalizadas. Los ataques de pánico ocupan un lugar destacado dentro de los trastornos de ansiedad como un tipo particular de respuesta al miedo. Los ataques de pánico no se limitan a los trastornos de ansiedad, sino que también pueden observarse en otros trastornos mentales.

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí en los tipos de objetos o situaciones que inducen miedo, ansiedad o conducta de evitación, y la cognición asociada. Así, si bien los trastornos de ansiedad tienden a ser muy comórbidos entre sí, pueden diferenciarse mediante un examen detenido de los tipos de situaciones que se temen o evitan y el contenido de los pensamientos o creencias asociados.

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normativos del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos apropiados para el desarrollo. Se diferencian del miedo o la ansiedad transitorios, a menudo inducidos por el estrés, en que son persistentes (p. ej., suelen durar 6 meses o más), aunque el criterio de duración pretende ser una guía general que permite cierto grado de flexibilidad y, en ocasiones, tiene una duración más corta. duración en niños (como en el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo). Dado que las personas con trastornos de ansiedad suelen sobrestimar el peligro en situaciones que temen o evitan, la determinación principal de si el miedo o la ansiedad es excesivo o desproporcionado la realiza el médico, teniendo en cuenta factores contextuales culturales. Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan.
La mayoría ocurre con más frecuencia en niñas que en niños (proporción aproximadamente 2:1). Cada trastorno de ansiedad se diagnostica sólo cuando los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia/ medicamento o a otra afección médica o no se explican mejor por otro trastorno mental.

El capítulo está organizado según el desarrollo, con los trastornos secuenciados según la edad típica de aparición. El individuo con trastorno de ansiedad por separación siente miedo o ansiedad por la separación de sus figuras de apego en un grado que es inapropiado para su desarrollo. Hay miedo o ansiedad persistente sobre el daño que sufren las figuras de apego y eventos que podrían conducir a la pérdida o separación de las figuras de apego y la renuencia a alejarse de las figuras de apego, así como pesadillas y síntomas físicos de angustia. Aunque los síntomas a menudo se desarrollan en la infancia, también pueden expresarse durante la edad adulta en ausencia de antecedentes de trastorno de ansiedad por separación infantil.

El mutismo selectivo se caracteriza por una incapacidad constante para hablar en situaciones sociales en las que

Machine Translated by Google

existe la expectativa de hablar (p. ej., en la escuela) aunque el individuo hable en otras situaciones. La falta de habla tiene consecuencias significativas en el rendimiento académico u ocupacional o interfiere de otra manera con la comunicación social normal.

Las personas con fobia específica tienen miedo, ansiedad o evitan objetos o situaciones circunscritas. En este trastorno no se presenta una cognición específica, como ocurre en otros trastornos de ansiedad. El miedo, la ansiedad o la evitación casi siempre son inducidos inmediatamente por la situación fóbica, en un grado persistente y desproporcionado con respecto al riesgo real planteado. Existen varios tipos de fobias específicas: a los animales; entorno natural; lesión por inyección de sangre; situacional; y otras situaciones.

En el trastorno de ansiedad social, el individuo tiene miedo, ansiedad o evita interacciones sociales y situaciones que implican la posibilidad de ser examinado. Estas incluyen interacciones sociales como conocer gente desconocida, situaciones en las que se puede observar al individuo comiendo o bebiendo y situaciones en las que el individuo actúa frente a otros.
La cognición es la de ser evaluado negativamente por los demás, al sentirse avergonzado, humillado, rechazado u ofendido.

En el trastorno de pánico, el individuo experimenta ataques de pánico inesperados recurrentes y está persistentemente preocupado por tener más ataques de pánico o cambia su comportamiento de manera inadaptada debido a los ataques de pánico (p. ej., evitando el ejercicio o los lugares desconocidos). Los ataques de pánico son oleadas abruptas de miedo intenso o malestar intenso que alcanzan su punto máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos. Los ataques de pánico de síntomas limitados incluyen menos de cuatro síntomas. Los ataques de pánico pueden ser esperados, como en respuesta a un objeto o situación típicamente temido, o inesperados, lo que significa que el ataque de pánico ocurre sin razón aparente. Los ataques de pánico funcionan como un marcador y factor pronóstico de la gravedad del diagnóstico, la evolución y la comorbilidad en una variedad de trastornos, incluidos, entre otros, la ansiedad, el consumo de sustancias, los trastornos depresivos y psicóticos. Por lo tanto, el especificador “con ataques de pánico” puede usarse para ataques de pánico que ocurren en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad, así como de otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático).

Las personas con agorafobia tienen miedo y ansiedad en muchas situaciones diferentes, y los criterios de diagnóstico requieren síntomas en dos o más de los siguientes: usar el transporte público, estar en espacios abiertos, estar en lugares cerrados, hacer fila o estar entre una multitud, o estar solo fuera de casa en otras situaciones. El individuo teme estas situaciones debido a pensamientos de que escapar podría ser difícil o que podría no haber ayuda disponible en caso de desarrollar síntomas similares al pánico u otros síntomas incapacitantes o vergonzosos. Estas situaciones inducen constantemente miedo o ansiedad y, a menudo, se evitan o requieren la presencia de un compañero.

Las características clave del trastorno de ansiedad generalizada son la ansiedad persistente y excesiva y la preocupación por diversos ámbitos, incluido el rendimiento laboral y escolar, que al individuo le resulta difícil controlar. Además, el individuo experimenta síntomas físicos, que incluyen inquietud o sensación de excitación o nerviosismo; fatigarse fácilmente; dificultad para concentrarse o la mente se queda en blanco; irritabilidad; tension muscular; y alteración del sueño.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos implica ansiedad debida a la intoxicación o abstinencia de sustancias o a un tratamiento con medicamentos. En el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de otra afección médica.

Machine Translated by Google

condición.

Se encuentran disponibles escalas específicas de cada trastorno para caracterizar mejor la gravedad de cada trastorno de ansiedad y captar los cambios en la gravedad a lo largo del tiempo. Para facilitar su uso, especialmente para personas con más de un trastorno de ansiedad, estas escalas se han desarrollado para tener el mismo formato (pero enfoque diferente) en todos los trastornos de ansiedad, con calificaciones de síntomas conductuales, síntomas cognitivos y síntomas físicos relevantes para cada uno. trastorno.

Las personas con ansiedad pueden tener más probabilidades de tener pensamientos suicidas, intentar suicidarse y morir por suicidio que aquellos sin ansiedad. El trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia específica se han identificado como los trastornos de ansiedad más fuertemente asociados con una transición de pensamientos suicidas a intentos de suicidio.

Trastorno de ansiedad por separación

Criterios de diagnóstico F93.0

A. Miedo o ansiedad excesiva y inapropiada para el desarrollo respecto de la separación de aquellos a quienes el individuo está apegado, como lo demuestran al menos tres de los siguientes: 1. Angustia excesiva recurrente al anticipar o

experimentar la separación.
desde casa o de figuras de apego importantes.

2. Preocupación persistente y excesiva por la pérdida de figuras de apego importantes o por posibles daños a ellas, como enfermedades, lesiones, desastres o muerte.
3. Preocupación persistente y excesiva por experimentar un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser secuestrado, sufrir un accidente, enfermarse) que provoque la separación de una figura de apego importante.
4. Renuencia o negativa persistente a salir, fuera de casa, a la escuela, al trabajo o a cualquier otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo o desgana persistente y excesivo a estar solo o sin figuras de apego importantes en casa o en otros entornos.
6. Desgana o negativa persistente a dormir fuera de casa o a ir a dormir sin estar cerca de una figura de apego importante.
7. Pesadillas repetidas que involucran el tema de la separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolores de cabeza, dolores de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se anticipa la separación de las principales figuras de apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes y duran al menos 4 semanas en los niños. y adolescentes y típicamente 6 meses o más en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, académicas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Machine Translated by Google

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como negarse a salir de casa debido a una resistencia excesiva al cambio en el trastorno del espectro autista; delirios o alucinaciones sobre separación en trastornos psicóticos; negativa a salir sin un compañero de confianza en caso de agorafobia; preocupaciones sobre la mala salud u otros daños que puedan sufrir otras personas importantes en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupaciones sobre tener una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Características diagnósticas La

característica esencial del trastorno de ansiedad por separación es el miedo o la ansiedad excesivos por la separación del hogar o de las figuras de apego. La ansiedad excede lo que se puede esperar dado el nivel de desarrollo del individuo (Criterio A). Las personas con trastorno de ansiedad por separación tienen síntomas que cumplen al menos tres de los siguientes criterios: Experimentan angustia excesiva recurrente cuando se anticipa o ocurre la separación del hogar o de figuras de apego importantes (Criterio A1). Se preocupan por el bienestar o la muerte de sus figuras de apego, especialmente cuando están separados de ellas, y necesitan saber el paradero de sus figuras de apego y quieren permanecer en contacto con ellas (Criterio A2). También les preocupan acontecimientos adversos para ellos mismos, como perderse, ser secuestrados o sufrir un accidente, que les impedirían reunirse con su principal figura de apego (Criterio A3).

Las personas con trastorno de ansiedad por separación son reacias o se niegan a salir solas debido al miedo a la separación (Criterio A4). Ellos tienen

Miedo o desgana persistente y excesivo a estar solo o sin figuras de apego importantes en casa o en otros entornos. Los niños con trastorno de ansiedad por separación pueden no poder quedarse o entrar solos en una habitación y pueden mostrar un comportamiento "aferrado", permaneciendo cerca de sus padres o "siguiéndolos" en la casa, o exigiendo que alguien los acompañe cuando van a otra habitación. en la casa (Criterio A5). Tienen desgana o negativa persistente a irse a dormir sin estar cerca de una figura de apego importante o a dormir fuera de casa (Criterio A6).

Los niños con este trastorno suelen tener dificultades a la hora de acostarse y pueden insistir en que alguien se quede con ellos hasta que se duerman. Durante la noche, es posible que se dirijan a la cama de sus padres (o a la de una pareja, como un hermano). Los niños pueden mostrarse reacios o negarse a asistir a campamentos, dormir en casa de amigos o hacer recados. Los adultos pueden sentirse incómodos cuando viajan solos (por ejemplo, durmiendo en una habitación de hotel lejos de casa o de figuras de apego).
Puede haber pesadillas repetidas en las que el contenido exprese la ansiedad por separación del individuo (p. ej., destrucción de la familia por incendio, asesinato u otra catástrofe) (Criterio A7).
Los síntomas físicos (p. ej., dolores de cabeza, molestias abdominales, náuseas, vómitos) son comunes en los niños cuando se produce o se anticipa la separación de las principales figuras de apego (Criterio A8).
Los síntomas cardiovasculares como palpitaciones, mareos y sensación de desmayo son poco frecuentes en niños más pequeños, pero pueden ocurrir en adolescentes y adultos.

La alteración debe durar un período de al menos 4 semanas en niños y adolescentes menores de 18 años y suele durar 6 meses o más en adultos (Criterio B). Sin embargo, el criterio de duración para adultos debe utilizarse como guía general, teniendo en cuenta cierto grado de

Machine Translated by Google

flexibilidad. La alteración debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, académicas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C).

Funciones asociadas

Cuando se les separa de figuras de apego importantes, los niños y adultos con trastorno de ansiedad por separación pueden presentar retraimiento social, apatía, tristeza o dificultad para concentrarse en el trabajo o el juego. Dependiendo de su edad, las personas pueden tener miedo a los animales, los monstruos, la oscuridad, los atracadores, los ladrones, los secuestradores, los accidentes automovilísticos, los viajes en avión y otras situaciones que se perciben como peligrosas para la familia o para ellos mismos. Algunas personas sienten nostalgia y se sienten extremadamente incómodas cuando están fuera de casa. El trastorno de ansiedad por separación en los niños puede provocar rechazo escolar, lo que a su vez puede provocar dificultades académicas y aislamiento social. Cuando los niños están extremadamente molestos ante la perspectiva de la separación, pueden mostrar enojo u ocasionalmente agresión hacia alguien que los está forzando a separarse. Cuando están solos, especialmente de noche o en la oscuridad, los niños pequeños pueden informar experiencias perceptuales inusuales (p. ej., ver personas mirando dentro de su habitación, criaturas aterradoras que se acercan a ellos, sentir ojos mirándolos). Los niños con este trastorno pueden describirse como exigentes, intrusivos y necesitados de atención constante y, como adultos, pueden parecer dependientes y sobreprotectores como padres. Es probable que los adultos con este trastorno envíen mensajes de texto o llamen por teléfono a sus principales figuras de apego a lo largo del día y comprueben repetidamente su paradero. Las exigencias excesivas del individuo a menudo se convierten en una fuente de frustración para los miembros de la familia, lo que genera resentimiento y conflicto dentro de la familia.

Predominio

Se estima que la prevalencia del trastorno de ansiedad por separación en niños entre 6 y 12 meses es aproximadamente del 4%. En una muestra comunitaria de niños pequeños, el trastorno de ansiedad por separación parece estar igualmente representado entre niñas y niños; sin embargo, las niñas en edad escolar parecen tener tasas de prevalencia más altas que los niños en edad escolar. En adolescentes de Estados Unidos, la prevalencia a 12 meses es del 1,6%. El trastorno de ansiedad por separación disminuye su prevalencia desde la niñez hasta la adolescencia y la edad adulta. En muestras clínicas de niños, el trastorno es igualmente común en niños y niñas, a diferencia de muestras comunitarias, donde la

El trastorno es más frecuente en las niñas. Los informes de los niños tienden a arrojar tasas más altas de trastorno de ansiedad por separación que los informes de los padres sobre los síntomas del niño.

Para los adultos, la prevalencia de 12 meses del trastorno de ansiedad por separación en los Estados Unidos oscila entre el 0,9% y el 1,9%. Entre los adultos con trastorno de ansiedad por separación, las mujeres tienden a tener tasas de prevalencia más altas del trastorno tanto en estudios clínicos como comunitarios. En 18 países, la prevalencia media de 12 meses en adultos es del 1,0%, con un rango de <0,1% a 2,7% (p. ej., 0,3% en Rumania, 2,7% en Colombia). Se observó una mayor prevalencia en mujeres que en hombres en esta muestra total (1,3% frente a 0,8%).

Desarrollo y curso Los períodos de mayor

ansiedad por separación de las figuras de apego son parte del desarrollo temprano normal y pueden indicar el desarrollo de relaciones de apego seguras (p. ej., alrededor de

Machine Translated by Google

1 año de edad, cuando los bebés pueden experimentar ansiedad ante los extraños). El inicio del trastorno de ansiedad por separación puede ocurrir ya en la edad preescolar y puede ocurrir en cualquier momento durante la niñez y la adolescencia. En 18 países, la edad promedio de inicio reportada por adultos (de 18 años y mayores) con el trastorno es en la adolescencia tardía en los países de ingresos altos y medianos altos y a mediados de los 20 años en los países de ingresos bajos y medianos bajos. países. La mayoría de los adultos informan un curso fluctuante del trastorno a lo largo de su vida y pueden informar algunos síntomas en la infancia.

Normalmente hay períodos de exacerbación y remisión. En algunos casos, tanto la ansiedad por una posible separación como la evitación de situaciones que impliquen una separación del hogar o del núcleo familiar (p. ej., ir a la universidad, alejarse de las figuras de apego) pueden persistir durante la edad adulta. Sin embargo, la mayoría de los niños con trastorno de ansiedad por separación no presentan trastornos de ansiedad perjudiciales a lo largo de su vida.

Las manifestaciones del trastorno de ansiedad por separación varían con la edad. Los niños más pequeños son más reacios a ir a la escuela o pueden evitarla por completo. Es posible que los niños más pequeños no expresen preocupaciones o temores específicos de amenazas concretas a sus padres, a su hogar o a ellos mismos, y la ansiedad se manifiesta sólo cuando se experimenta la separación. A medida que los niños crecen, surgen preocupaciones; A menudo se trata de preocupaciones sobre peligros específicos (p. ej., accidentes, secuestros, atracos, muerte) o preocupaciones vagas sobre no reunirse con figuras de apego. En los adultos, el trastorno de ansiedad por separación puede limitar su capacidad para afrontar cambios de circunstancias (p. ej., mudarse, casarse). Los adultos con este trastorno suelen preocuparse demasiado por sus hijos, cónyuges, padres y mascotas y experimentan una marcada incomodidad cuando se separan de ellos. También pueden experimentar una interrupción significativa en el trabajo o las experiencias sociales debido a la necesidad de comprobar continuamente el paradero de su pareja.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El trastorno de ansiedad por separación a menudo se desarrolla después del estrés de la vida, especialmente una pérdida (p. ej., la muerte de un familiar o de una mascota; una enfermedad del individuo o de un familiar; un cambio de escuela; el divorcio de los padres; un traslado a un nuevo vecindario; inmigración; una desastre que implicó períodos de separación de figuras de apego). Se ha demostrado que ser acosado durante la infancia es un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno de ansiedad por separación. En los adultos jóvenes, otros ejemplos de estrés vital incluyen abandonar el hogar paterno, entablar una relación romántica y convertirse en padre. Un historial de sobreprotección e intrusión de los padres puede estar asociado con el trastorno de ansiedad por separación tanto en la niñez como en la edad adulta.

Genético y fisiológico. Existe evidencia de que el trastorno de ansiedad por separación puede ser hereditario. La heredabilidad se estimó en un 73% en una muestra comunitaria de gemelos de 6 años, y se encontraron tasas más altas en las niñas. Los niños con trastorno de ansiedad por separación muestran una sensibilidad especialmente aumentada a la estimulación respiratoria mediante aire enriquecido con CO2. El trastorno de ansiedad por separación también parece agregarse en las familias.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

Existen variaciones culturales en el grado en que se considera deseable tolerar la separación, de modo que en algunos contextos culturales se evitan las demandas y oportunidades de separación entre padres e hijos. Por ejemplo, existe una gran variación entre países y

Machine Translated by Google

contextos culturales con respecto a la edad a la que se espera que los hijos abandonen el hogar paterno. Los jóvenes varían en sus autoinformes sobre los síntomas de ansiedad por separación; por ejemplo, los jóvenes taiwaneses manifiestan mayores síntomas de ansiedad por separación en comparación con los jóvenes estadounidenses. Es importante diferenciar el trastorno de ansiedad por separación del alto valor que algunas comunidades culturales otorgan a la fuerte interdependencia entre los miembros de la familia.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas El trastorno de ansiedad por separación en niños y adolescentes puede estar asociado con un mayor riesgo de suicidio, aunque esta asociación no es específica del trastorno de ansiedad por separación y se encuentra en otros trastornos de ansiedad donde existe una comorbilidad significativa. Un gran estudio sobre gemelos demostró que ser acosado durante la niñez era un factor de riesgo para pensamientos suicidas durante la edad adulta temprana.

Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad por separación Las personas con trastorno de ansiedad por separación a menudo limitan las actividades independientes fuera del hogar o de las figuras de apego (p. ej., en los niños, evitar la escuela, no ir a campamentos, tener dificultades para dormir solos; en los adolescentes, no ir a la universidad; en adultos, no salir del hogar paterno, no viajar largas distancias sin sus seres queridos, no trabajar fuera de casa). Los síntomas en los adultos suelen ser debilitantes y afectan múltiples áreas de sus vidas. Por ejemplo, los adultos con trastorno de ansiedad por separación pueden reorganizar deliberadamente sus horarios de trabajo y otras actividades debido a sus ansiedades ante posibles separaciones de figuras de apego cercanas; a menudo pueden expresar frustración con las limitaciones de sus vidas debido a su necesidad de mantener proximidad, o al menos contacto virtual, con sus figuras de apego clave (por ejemplo, enviándoles mensajes de texto o llamándolos repetidamente durante el día). El trastorno de ansiedad por separación se asocia con un mayor deterioro informado en personas de países de ingresos altos y medianos altos en comparación con aquellos de países de ingresos bajos y medianos bajos.

Diagnóstico diferencial Trastorno de ansiedad generalizada. El trastorno de ansiedad por separación se distingue del trastorno de ansiedad generalizada en que la ansiedad en el trastorno de ansiedad por separación se refiere predominantemente a la separación real o imaginaria de las figuras de apego. Además, si surgen otras preocupaciones, no son excesivas.

Trastorno de pánico. En el trastorno de ansiedad por separación, las amenazas de separación de vínculos cercanos pueden provocar ansiedad extrema y ataques de pánico. A diferencia del trastorno de pánico, donde los ataques de pánico ocurren inesperadamente y generalmente van acompañados de temores de morir o volverse "loco", los ataques de pánico en el trastorno de ansiedad por separación ocurren en anticipación de separaciones reales o imaginarias de figuras de apego o lugares de seguridad. o por la preocupación de que sucedan acontecimientos adversos en los vínculos cercanos del individuo.

Agorafobia. A diferencia de las personas con agorafobia, las personas con trastorno de ansiedad por separación no sienten ansiedad por quedar atrapadas o incapacitadas en situaciones de las cuales escapar se percibe como difícil en caso de síntomas similares al pánico u otros síntomas incapacitantes. En cambio, temen estar lejos de los lugares seguros asociados con sus principales figuras de apego.

Machine Translated by Google

Desorden de conducta. La evitación de la escuela (ausentismo escolar) es común en los trastornos de conducta, pero la ansiedad por la separación no es responsable de las ausencias escolares, y el niño o adolescente generalmente se mantiene alejado del hogar, en lugar de regresar a él.

Desorden de ansiedad social. El rechazo escolar puede ser atribuible al trastorno de ansiedad social. En tales casos, la evitación de la escuela se debe al miedo a ser juzgados negativamente por los demás y no a la preocupación por ser separados de las figuras de apego.

Trastorno de estrés postraumático. El miedo a la separación de los seres queridos es común después de un evento traumático como un desastre importante, particularmente cuando se experimentan períodos de separación de los seres queridos durante el evento traumático. En el trastorno de estrés postraumático (TEPT), los síntomas centrales se refieren a intrusiones y evitación de recuerdos asociados con el evento traumático en sí, mientras que en el trastorno de ansiedad por separación, las preocupaciones y la evitación se refieren al bienestar de las figuras de apego y a la separación de ellas.

Trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad por separación se refiere a preocupaciones sobre la salud y el bienestar de los vínculos cercanos. Por el contrario, las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad se preocupan por enfermedades médicas específicas que ellos mismos puedan tener, no por estar separados de sus vínculos más cercanos.

Trastorno de duelo prolongado. El anhelo o anhelo intenso por el difunto, la tristeza y el dolor emocional intensos y la preocupación por el difunto o las circunstancias de la muerte son respuestas esperadas que ocurren en el trastorno de duelo prolongado, mientras que el miedo a una posible separación de figuras clave de apego es fundamental en el trastorno de ansiedad por separación.

Trastornos depresivos y bipolares. Estos trastornos pueden estar asociados con la renuencia a salir de casa, pero la principal preocupación no es la preocupación o el miedo a que sucedan acontecimientos adversos a las figuras de apego, sino más bien la baja motivación para relacionarse con el mundo exterior. Sin embargo, las personas con trastorno de ansiedad por separación pueden deprimirse mientras están separadas o anticipando la separación.

Trastorno de oposición desafiante. Los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad por separación pueden mostrarse oposicionistas en el contexto de verse obligados a separarse de sus figuras de apego. El trastorno de oposición desafiante debe considerarse sólo cuando existe un comportamiento de oposición persistente no relacionado con la anticipación o la ocurrencia de separación de las figuras de apego.

Desórdenes psicóticos. A diferencia de las alucinaciones en los trastornos psicóticos, las experiencias perceptuales inusuales que pueden ocurrir en el trastorno de ansiedad por separación generalmente se basan en una percepción errónea de un estímulo real, ocurren solo en ciertas situaciones (p. ej., durante la noche) y se revierten con la presencia de una figura de apego. .

Desorden de personalidad. El trastorno de personalidad dependiente se caracteriza por una tendencia indiscriminada a depender de los demás, mientras que el trastorno de ansiedad por separación implica preocupación por la proximidad y seguridad de figuras de apego clave. El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por el miedo al abandono por parte de los seres queridos, pero los problemas de identidad, autodirección, funcionamiento interpersonal e impulsividad también son fundamentales para ese trastorno, mientras que no son fundamentales para el trastorno de ansiedad por separación.

Comorbilidad

En los niños, el trastorno de ansiedad por separación es altamente comórbido con el trastorno de ansiedad generalizada y

Machine Translated by Google

fobia específica. En los adultos, las comorbilidades comunes incluyen fobia específica, trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de duelo prolongado y trastornos de la personalidad. Entre los trastornos de la personalidad, los trastornos de la personalidad dependiente, evitativo y obsesivo-compulsivo (Grupo C) pueden ser comórbidos con el trastorno de ansiedad por separación. Los trastornos depresivos y bipolares también son comórbidos con el trastorno de ansiedad por separación en adultos.

Mutismo selectivo

Criterios de diagnóstico F94.0

A. Incapacidad constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe una expectativa de hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hablar en otras situaciones.

B. La perturbación interfiere con el logro educativo u ocupacional o con la comunicación social.

C. La duración de la perturbación es de al menos 1 mes (sin limitarse al primer mes de la escuela).

D. La falta de habla no es atribuible a la falta de conocimiento o de comodidad con el lenguaje hablado requerido en la situación social.

E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de la fluidez que comienza en la niñez) y no ocurre exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Características diagnósticas

Cuando se encuentran con otras personas en interacciones sociales, los niños con mutismo selectivo no inician el habla ni responden recíprocamente cuando otros les hablan. La falta de habla ocurre en las interacciones sociales con niños o adultos. Los niños con mutismo selectivo hablan en su casa en presencia de familiares directos, pero a menudo ni siquiera delante de amigos cercanos o parientes de segundo grado, como abuelos o primos. La alteración suele estar marcada por una alta ansiedad social. Los niños con mutismo selectivo a menudo se niegan a hablar en la escuela, lo que provoca un deterioro académico o educativo, ya que los profesores suelen tener dificultades para evaluar habilidades como la lectura. La falta de habla puede interferir con la comunicación social, aunque los niños con este trastorno a veces usan medios no verbales o no verbales (p. ej., gruñir, señalar, escribir) para comunicarse y pueden estar dispuestos o deseosos de actuar o participar en encuentros sociales cuando no se requiere el habla. (por ejemplo, partes no verbales en obras de teatro escolares).

Funciones asociadas

Las características asociadas del mutismo selectivo pueden incluir timidez excesiva, miedo a las relaciones sociales

Machine Translated by Google

vergüenza, aislamiento y retraimiento social, apego, rasgos compulsivos, negativismo, rabietas o comportamiento de oposición leve. Aunque los niños con este trastorno generalmente tienen habilidades lingüísticas normales, ocasionalmente puede haber un trastorno de la comunicación asociado, aunque no se ha identificado una asociación particular con un trastorno de la comunicación específico.
Incluso cuando estos trastornos están presentes, la ansiedad también está presente. En entornos clínicos, a los niños con mutismo selectivo casi siempre se les diagnostica otro trastorno de ansiedad (más comúnmente, trastorno de ansiedad social).

Predominio

El mutismo selectivo es un trastorno relativamente raro y no se ha incluido como categoría diagnóstica en los estudios epidemiológicos de prevalencia de trastornos infantiles. La prevalencia puntual utilizando varias muestras clínicas o escolares en los Estados Unidos, Europa e Israel oscila entre el 0,03% y el 1,9%, según el entorno y las edades de la muestra. Los estudios en muestras comunitarias y que buscan tratamiento sugieren una distribución de género equitativa para el mutismo selectivo, aunque también hay evidencia de que el mutismo selectivo es más común entre las niñas que entre los niños. La prevalencia no parece variar según la raza o el grupo étnico, pero las personas que necesitan hablar en un idioma no nativo (p. ej., hijos de familias inmigrantes) corren un mayor riesgo de desarrollar el trastorno. Es más probable que el trastorno se manifieste en niños pequeños que en adolescentes y adultos.

Desarrollo y evolución

El inicio del mutismo selectivo suele producirse antes de los cinco años de edad, pero es posible que la alteración no reciba atención clínica hasta el ingreso a la escuela, donde hay un aumento en la interacción social y las tareas de desempeño, como la lectura en voz alta. La persistencia del trastorno es variable. Aunque los informes clínicos sugieren que muchos individuos “superan” el mutismo selectivo, se desconoce en gran medida el curso longitudinal del trastorno. En la mayoría de los casos, el mutismo selectivo puede desaparecer, pero los síntomas del trastorno de ansiedad social suelen permanecer.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los factores de riesgo temperamentales del mutismo selectivo no están bien identificados. La afectividad negativa (neuroticismo) o la inhibición conductual pueden desempeñar un papel, al igual que los antecedentes parentales de timidez, aislamiento social y ansiedad social. Los niños con mutismo selectivo pueden tener dificultades sutiles en el lenguaje receptivo en comparación con sus compañeros, aunque el lenguaje receptivo todavía está dentro del rango normal.

Ambiental. La inhibición social por parte de los padres puede servir como modelo de reticencia social y mutismo selectivo en los niños. Además, se ha descrito que los padres de niños con mutismo selectivo son sobreprotectores o más controladores que los padres de niños con otros trastornos de ansiedad o sin trastorno.

Genético y fisiológico. Debido a la importante superposición entre el mutismo selectivo y el trastorno de ansiedad social, es posible que existan factores genéticos compartidos entre estas afecciones. También hay evidencia de un aumento de anomalías en la actividad neuronal eferente auditiva durante la vocalización en individuos con mutismo selectivo, lo que podría conducir a peculiaridades en la percepción de sus

Machine Translated by Google

propia voz y, por tanto, reticencia a hablar.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

Los niños de familias que han emigrado a un país donde se habla un idioma diferente pueden parecer tener mutismo selectivo porque pueden negarse a hablar el nuevo idioma debido a la falta de conocimiento del mismo. Estos niños no calificarían para el diagnóstico porque tales casos están explícitamente excluidos del diagnóstico.

Consecuencias funcionales del mutismo selectivo

El mutismo selectivo puede provocar un deterioro social, ya que los niños pueden estar demasiado ansiosos para participar en una interacción social recíproca con otros niños. A medida que los niños con mutismo selectivo maduran, pueden enfrentarse a un aislamiento social cada vez mayor. En el entorno escolar, estos niños pueden sufrir deterioro académico, porque a menudo no se comunican con los maestros sobre sus necesidades académicas o personales (por ejemplo, no entienden una tarea de clase, no piden ir al baño).
Es común el deterioro severo en el funcionamiento escolar y social, incluido el resultante de las burlas de los compañeros. En ciertos casos, el mutismo selectivo puede servir como estrategia compensatoria para disminuir la excitación ansiosa en encuentros sociales.

Diagnóstico diferencial

Periodo de silencio en niños inmigrantes que aprenden una segunda lengua. El mutismo selectivo debe distinguirse del típico “período de silencio” asociado con la adquisición de un nuevo lenguaje en los niños pequeños. Si la comprensión del nuevo idioma es adecuada pero la negativa a hablar persiste en ambos idiomas, en varios entornos desconocidos y durante un período prolongado, puede justificarse un diagnóstico de mutismo selectivo.

Desordenes comunicacionales. El mutismo selectivo debe distinguirse de los trastornos del habla que se explican mejor por un trastorno de la comunicación, como el trastorno del lenguaje, el trastorno de los sonidos del habla (anteriormente trastorno fonológico), el trastorno de inicio en la infancia.

trastorno de fluidez (tartamudeo) o trastorno de comunicación social (pragmático). A diferencia del mutismo selectivo, la alteración del habla en estas condiciones no se limita a una situación social específica.

Trastornos del neurodesarrollo y esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Las personas con un trastorno del espectro autista, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, o un trastorno grave del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) pueden tener problemas en la comunicación social y no poder hablar adecuadamente en situaciones sociales. Por el contrario, el mutismo selectivo debe diagnosticarse sólo cuando un niño tiene una capacidad establecida para hablar en algunas situaciones sociales (p. ej., normalmente en casa).

Desorden de ansiedad social. La ansiedad social y la evitación social en el trastorno de ansiedad social pueden estar asociadas con el mutismo selectivo. En tales casos, se pueden dar ambos diagnósticos.

Comorbilidad

Las condiciones comórbidas más comunes son otros trastornos de ansiedad, con mayor frecuencia ansiedad social.

Machine Translated by Google

trastorno, seguido del trastorno de ansiedad por separación y la fobia específica. En entornos clínicos, el mutismo selectivo y el trastorno del espectro autista también se han observado como afecciones concurrentes frecuentes. Se pueden observar comportamientos de oposición en una minoría sustancial de niños con mutismo selectivo, aunque este comportamiento de oposición puede limitarse a situaciones que requieren el habla. En algunos niños con mutismo selectivo también pueden aparecer retrasos o trastornos de la comunicación.

Fobia específica

Criterios de diagnóstico

A. Miedo o ansiedad marcados acerca de un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, recibir una inyección, ver sangre).

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad pueden expresarse mediante llanto, rabietas, congelamiento o apego.

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

C. El objeto o situación fóbica se evita activamente o se soporta con miedo intenso o ansiedad.

D. El miedo o la ansiedad no guarda proporción con el peligro real que representa el objeto o situación específica y el contexto sociocultural.

E. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes y generalmente duran 6 meses o más.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, incluidos el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas con síntomas similares al pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionadas con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recordatorios de acontecimientos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); separación del hogar o de figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Especificar

si: Código basado en el estímulo fóbico:

F40.218 Animal (p. ej., arañas, insectos, perros).

F40.228 Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua).

F40.23x Lesión por inyección de sangre (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos).

Nota de codificación: seleccione el código específico ICD-10-CM de la siguiente manera: F40.230 miedo a la sangre; F40.231 miedo a las inyecciones y transfusiones; F40.232 miedo a otros

Machine Translated by Google

atención médica; o F40.233 miedo a sufrir lesiones.

F40.248 Situacional (p. ej., aviones, ascensores, lugares cerrados).

F40.298 Otros (p. ej., situaciones que pueden provocar asfixia o vómitos; en niños, p. ej., sonidos fuertes o personajes disfrazados).

Nota de codificación: cuando esté presente más de un estímulo fóbico, codifique todos los códigos CIE-10-CM que correspondan (p. ej., por miedo a las serpientes y a volar, F40.218 fobia específica a los animales y F40.248 fobia específica situacional).

Especificadores

Es común que las personas tengan múltiples fobias específicas. El individuo promedio con fobia específica teme a tres objetos o situaciones, y aproximadamente el 75% de las personas con fobia específica teme a más de una situación u objeto. En tales casos, sería necesario realizar múltiples diagnósticos de fobia específica, cada uno con su propio código de diagnóstico que refleje el estímulo fóbico. Por ejemplo, si un individuo teme a las tormentas y a volar, entonces se darían dos diagnósticos: fobia específica al entorno natural y fobia específica situacional.

Características diagnósticas

Una característica clave de este trastorno es que el miedo o la ansiedad se circunscriben a la presencia de una situación u objeto particular (Criterio A), que puede denominarse estímulo fóbico. Las categorías de situaciones u objetos temidos se proporcionan como especificadores. Muchos individuos temen objetos o situaciones de más de una categoría o estímulo fóbico. Para el diagnóstico de fobia específica, la respuesta debe diferir de los miedos normales y transitorios que ocurren comúnmente en la población. Para cumplir con los criterios de un diagnóstico, el miedo o la ansiedad deben ser intensos o severos (es decir, “marcados”) (Criterio A). La cantidad de miedo experimentado puede variar con la proximidad al objeto o situación temida y puede ocurrir en anticipación o en presencia real del objeto o situación. Además, el miedo o la ansiedad pueden adoptar la forma de un ataque de pánico con síntomas completos o limitados (es decir, un ataque de pánico esperado). Otra característica de las fobias específicas es que se evoca miedo o ansiedad casi cada vez que el individuo entra en contacto con el estímulo fóbico (Criterio B). Por lo tanto, a un individuo que se pone ansioso sólo ocasionalmente al enfrentarse a la situación u objeto (por ejemplo, se pone ansioso cuando sólo viaja en uno de cada cinco vuelos de avión) no se le diagnosticaría fobia específica. Sin embargo, el grado de miedo o ansiedad expresado puede variar (desde ansiedad anticipatoria hasta un ataque de pánico completo) en diferentes ocasiones de encuentro con el objeto o situación fóbica debido a diversos factores contextuales como la presencia de otros, la duración de la exposición y otros factores amenazantes. elementos como las turbulencias en un vuelo para personas que temen volar. El miedo y la ansiedad suelen expresarse de forma diferente entre niños y adultos. Además, el miedo o la ansiedad se producen tan pronto como se encuentra el objeto o la situación fóbica (es decir, inmediatamente en lugar de retrasarse).

El individuo evita activamente la situación, o si no puede o decide no evitarla, la situación u objeto evoca miedo o ansiedad intensos (Criterio C). La evitación activa significa que el individuo se comporta intencionalmente de maneras diseñadas para prevenir o minimizar el contacto con objetos o situaciones fóbicos (p. ej., toma túneles en lugar de puentes en su viaje diario al trabajo por miedo a las alturas; evita entrar en una habitación oscura por miedo a las arañas; evita aceptar un trabajo en un lugar donde el estímulo fóbico es más común). Las conductas de evitación son a menudo

Machine Translated by Google

obvios (por ejemplo, un individuo que teme a la sangre y se niega a ir al médico), pero a veces son menos obvios (por ejemplo, un individuo que teme a las serpientes y se niega a mirar imágenes que se parecen a la forma o forma de las serpientes). Muchas personas con fobias específicas las han sufrido durante muchos años y han cambiado sus circunstancias de vida en

formas diseñadas para evitar el objeto o la situación fóbica tanto como sea posible (p. ej., un individuo diagnosticado con fobia específica, un animal, que se muda para residir en un área desprovista del animal temido en particular). Por lo tanto, ya no experimentan miedo ni ansiedad en su vida diaria. En tales casos, las conductas de evitación o la negativa continua a participar en actividades que implicarían la exposición al objeto o situación fóbica (p. ej., negativa repetida a aceptar ofertas de viajes relacionados con el trabajo por miedo a volar) pueden ser útiles para confirmar el diagnóstico en la ausencia de ansiedad o pánico manifiestos.

El miedo o la ansiedad no guarda proporción con el peligro real que plantea el objeto o situación, o es más intenso de lo que se considera necesario (Criterio D). Aunque los individuos con fobia específica a menudo reconocen que sus reacciones son desproporcionadas, tienden a sobrestimar el peligro de las situaciones que temen y, por tanto, el médico juzga que son desproporcionadas. También se debe considerar el contexto sociocultural del individuo. Por ejemplo, el miedo a la oscuridad puede ser razonable en un contexto de violencia continua, y el grado de miedo a los insectos que se considera desproporcionado sería mayor en entornos donde los insectos se consumen en la dieta. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes y suelen durar seis meses o más (Criterio E), lo que ayuda a distinguir el trastorno de los miedos transitorios que son comunes en la población, particularmente entre los niños. La fobia específica debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento para que se diagnostique el trastorno (Criterio F).

Funciones asociadas

Las personas con fobia específica suelen experimentar un aumento de la excitación fisiológica antes o durante la exposición a un objeto o situación fóbica. Sin embargo, la respuesta fisiológica a la situación u objeto temido varía. Mientras que los individuos con fobias situacionales, al entorno natural y específicas a los animales probablemente muestren una excitación del sistema nervioso simpático, los individuos con fobia específica a las inyecciones de sangre y a las lesiones a menudo demuestran una respuesta de desmayo vasovagal o casi desmayo que se caracteriza por una breve aceleración inicial de la frecuencia cardíaca. y elevación de la presión arterial seguida de una desaceleración del ritmo cardíaco y una caída de la presión arterial. Además, la fobia específica se asocia más consistentemente con una actividad anormal en la amígdala, la corteza cingulada anterior, el tálamo y la ínsula en respuesta al objeto/situación fóbica.

Predominio

En los Estados Unidos, la prevalencia comunitaria estimada de fobia específica en 12 meses es aproximadamente del 8% al 12%. Las tasas de prevalencia en los países europeos son muy similares a las de Estados Unidos (p. ej., alrededor del 6%), pero las tasas son generalmente más bajas en los países asiáticos, africanos y latinoamericanos (2%–4%). Las estimaciones de prevalencia en niños promedian aproximadamente el 5

Machine Translated by Google

en varios países, con un rango de 3% a 9%, y son aproximadamente del 16% en adolescentes de 13 a 17 años en los Estados Unidos. Las estimaciones de prevalencia son más bajas en personas mayores (alrededor del 3% al 5%), lo que posiblemente refleja una disminución de la gravedad a niveles subclínicos. Las mujeres se ven afectadas con más frecuencia que los hombres en todos los subtipos, en una proporción de aproximadamente 2:1.

Desarrollo y curso La fobia específica a

veces se desarrolla después de un evento traumático (p. ej., ser atacado por un animal o quedar atrapado en un ascensor), la observación de otras personas pasando por un evento traumático (p. ej., ver a alguien ahogarse), un ataque de pánico inesperado en el futuro. situación temida (p. ej., un ataque de pánico inesperado mientras estaba en el metro) o transmisión de información (p. ej., amplia cobertura mediática de un accidente aéreo). Sin embargo, muchas personas con fobia específica no pueden recordar el motivo específico de la aparición de sus fobias. La fobia específica generalmente se desarrolla en la primera infancia y la mayoría de los casos se desarrollan antes de los 10 años. La edad media de inicio es entre 7 y 11 años, con una media de unos 10 años.

Las fobias situacionales específicas tienden a aparecer a una edad más tardía que las fobias específicas al entorno natural, a los animales o a las lesiones por inyección de sangre. Es probable que las fobias específicas que se desarrollan en la infancia y la adolescencia aumenten y disminuyan durante ese período. Sin embargo, es poco probable que las fobias que persisten hasta la edad adulta remitan en la mayoría de las personas.

Cuando se diagnostica una fobia específica en niños, se deben considerar dos cuestiones. En primer lugar, los niños pequeños pueden expresar su miedo y ansiedad llorando, haciendo berrinches, paralándose o aferrándose.
En segundo lugar, los niños pequeños normalmente no son capaces de comprender el concepto de evitación. Por lo tanto, el médico debe recopilar información adicional de los padres, profesores u otras personas que conozcan bien al niño. Los miedos excesivos son bastante comunes en los niños pequeños, pero generalmente son transitorios y sólo levemente perjudiciales y, por lo tanto, se consideran apropiados para el desarrollo. En tales casos no se haría un diagnóstico de fobia específica. Cuando se considera el diagnóstico de fobia específica en un niño, es importante evaluar el grado de deterioro y la duración del miedo, la ansiedad o la evitación, y si es típico de la etapa de desarrollo particular del niño.

Aunque la prevalencia de la fobia específica es menor en las poblaciones de mayor edad, sigue siendo uno de los trastornos que se experimentan con mayor frecuencia en la vejez. Se deben considerar varias cuestiones al diagnosticar una fobia específica en poblaciones de mayor edad. En primer lugar, las personas mayores pueden tener más probabilidades de respaldar fobias específicas al entorno natural, así como fobias a las caídas. En segundo lugar, la fobia específica (como todos los trastornos de ansiedad) tiende a coexistir con problemas médicos en personas mayores, incluidas la enfermedad coronaria, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la enfermedad de Parkinson. En tercer lugar, es más probable que las personas mayores atribuyan los síntomas de ansiedad a afecciones médicas. En cuarto lugar, las personas mayores pueden tener más probabilidades de manifestar ansiedad de manera atípica (p. ej., con síntomas tanto de ansiedad como de depresión) y, por lo tanto, es más probable que justifiquen un diagnóstico de trastorno de ansiedad no especificado. Además, la presencia de fobia específica en adultos mayores se asocia con una menor calidad de vida y puede servir como factor de riesgo de trastorno neurocognitivo importante.

Aunque la mayoría de las fobias específicas se desarrollan en la niñez y la adolescencia, es posible que un

Machine Translated by Google

Fobia específica que se desarrolla a cualquier edad, a menudo como resultado de experiencias traumáticas. Por ejemplo, las fobias a la asfixia casi siempre siguen a un evento que estuvo a punto de ahogarse a cualquier edad.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Factores de riesgo temperamentales para la fobia específica, como la afectividad negativa. (neuroticismo) o la inhibición del comportamiento también son factores de riesgo para otros trastornos de ansiedad.

Ambiental. Los factores de riesgo ambientales para fobias específicas, como la sobreprotección de los padres, la pérdida y separación de los padres y el abuso físico y sexual, también tienden a predecir otros trastornos de ansiedad. Como se señaló anteriormente, los encuentros negativos o traumáticos con el objeto o situación temida a veces (pero no siempre) preceden al desarrollo de una fobia específica.

Genético y fisiológico. Puede haber una susceptibilidad genética a una determinada categoría de fobia específica (p. ej., un individuo con un pariente de primer grado con una fobia específica a los animales tiene muchas más probabilidades de tener el mismo tipo de fobia específica que cualquier otra categoría de fobia). Los estudios de gemelos han examinado la heredabilidad de subtipos individuales de miedos y fobias, sugiriendo que la fobia a los animales tiene aproximadamente un 32% de heredabilidad, la fobia a las inyecciones de sangre tiene un 33% y la fobia situacional tiene un 25%.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

En los Estados Unidos, las personas de ascendencia asiática y latina reportan una menor prevalencia de fobia específica que las personas blancas no latinas y los afroamericanos. La prevalencia de subtipos de fobias específicas varía entre países.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Las fobias a los animales, al entorno natural y a situaciones específicas las experimentan predominantemente las mujeres, mientras que la fobia a las lesiones por inyección de sangre se experimenta casi por igual entre mujeres y hombres. La edad media de aparición de la fobia específica durante la infancia no difiere entre niñas/mujeres y niños/hombres.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

La fobia específica se asocia tanto con pensamientos suicidas como con intentos de suicidio según datos de encuestas nacionales de EE. UU. La fobia específica también se asocia con una transición de la ideación al intento.
Para las personas de la comunidad de entre 14 y 24 años, un gran estudio prospectivo realizado durante un período de 10 años en Alemania encontró que el 30% de los primeros intentos de suicidio podrían ser atribuibles a una fobia específica.

Consecuencias funcionales de la fobia específica

Los individuos con fobia específica muestran patrones similares de deterioro en el funcionamiento psicosocial y disminución de la calidad de vida que los individuos con otros trastornos de ansiedad y trastornos por consumo de alcohol y sustancias, incluidos deterioros en el funcionamiento ocupacional e interpersonal. En los adultos mayores, el deterioro puede observarse en las tareas de cuidado y en las actividades voluntarias. Además, el miedo a

Machine Translated by Google

La caída en los adultos mayores puede provocar una movilidad reducida y un funcionamiento físico y social reducido, y puede llevar a recibir apoyo domiciliario formal o informal. La angustia y el deterioro causados por fobias específicas tienden a aumentar con el número de objetos y situaciones temidas. Por lo tanto, es probable que un individuo que teme a cuatro objetos o situaciones tenga más deterioro en sus roles ocupacionales y sociales y una calidad de vida más baja que un individuo que teme a un solo objeto o situación. Las personas con fobia específica a las lesiones por inyección de sangre a menudo se muestran reacias a obtener atención médica, incluso cuando existe un problema médico. Además, el miedo a vomitar y ahogarse puede reducir sustancialmente la ingesta dietética.

Diagnóstico diferencial Agorafobia.

La fobia situacional específica puede parecerse a la agorafobia en su presentación clínica, dada la superposición de situaciones temidas (p. ej., volar, lugares cerrados, ascensores). Si un individuo teme sólo una de las situaciones agorafóbicas, entonces se le puede diagnosticar una fobia específica, situacional. Si se temen dos o más situaciones agorafóbicas, probablemente se justifique un diagnóstico de agorafobia. Por ejemplo, un individuo que teme a los aviones y a los ascensores (que se superponen con la situación agorafóbica del "transporte público") pero no teme a otras situaciones agorafóbicas sería diagnosticado con fobia específica situacional, mientras que un individuo que teme a los aviones, los ascensores y las multitudes (que se superponen con dos situaciones agorafóbicas, "usar el transporte público" y "hacer cola o estar entre una multitud") serían diagnosticados con agorafobia. El criterio B de la agorafobia (las situaciones se temen o se evitan "debido a pensamientos de que escapar puede ser difícil o puede que no haya ayuda disponible en caso de desarrollar síntomas similares al pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos") también puede ser útil para diferenciar la agorafobia. de fobia específica. Si las situaciones son temidas por razones distintas a no poder escapar u obtener ayuda, como el miedo a ser lastimado directamente por el objeto o la situación (por ejemplo, miedo a que el avión se estrelle, miedo a que el animal muerda), se debe realizar un diagnóstico de fobia específica. puede ser más apropiado.

Desorden de ansiedad social. Si las situaciones son temidas debido a una evaluación negativa, se debe diagnosticar un trastorno de ansiedad social en lugar de una fobia específica.

Trastorno de ansiedad por separación. Si las situaciones son temidas debido a la separación de un cuidador principal o de una figura de apego, se debe diagnosticar un trastorno de ansiedad por separación en lugar de una fobia específica.

Trastorno de pánico. Las personas con fobia específica pueden experimentar ataques de pánico cuando se enfrentan a la situación u objeto que temen. Se daría un diagnóstico de fobia específica si los ataques de pánico sólo ocurrieron en respuesta a un objeto o situación específica, mientras que se daría un diagnóstico de trastorno de pánico si el individuo también experimentó ataques de pánico que fueron inesperados (es decir, no en respuesta a la situación). objeto o situación de fobia específica).

Trastorno obsesivo compulsivo. Si el miedo o la ansiedad principal de un individuo es hacia un objeto o situación como resultado de obsesiones (p. ej., miedo a la sangre debido a pensamientos obsesivos sobre la contaminación de patógenos transmitidos por la sangre [es decir, VIH]; miedo a conducir debido a imágenes obsesivas de dañar otros), y si se cumplen otros criterios diagnósticos para el trastorno obsesivo-compulsivo, entonces se debe diagnosticar el trastorno obsesivo-compulsivo.

Machine Translated by Google

Trastornos relacionados con traumas y factores estresantes. Si la fobia se desarrolla después de un evento traumático, se debe considerar el trastorno de estrés postraumático (TEPT) como diagnóstico. Sin embargo, los acontecimientos traumáticos pueden preceder a la aparición del trastorno de estrés postraumático y la fobia específica. En este caso, se asignaría un diagnóstico de fobia específica sólo si no se cumplen todos los criterios de trastorno de estrés postraumático.

Trastornos de la alimentación. No se da un diagnóstico de fobia específica si la conducta de evitación se limita exclusivamente a evitar la comida y las señales relacionadas con la comida, en cuyo caso se debe considerar un diagnóstico de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Cuando el miedo y la evitación son atribuibles a pensamientos delirantes (como en la esquizofrenia u otro espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), no se justifica un diagnóstico de fobia específica.

Comorbilidad La

fobia específica rara vez se observa en entornos médico-clínicos en ausencia de otra psicopatología y se observa con mayor frecuencia en entornos de salud mental no médicos. La fobia específica se asocia frecuentemente con una variedad de otros trastornos. Debido a su inicio temprano, la fobia específica suele ser el trastorno temporalmente primario. Las personas con fobia específica tienen un mayor riesgo de desarrollar otros trastornos, incluidos otros trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y bipolares, trastornos relacionados con sustancias, síntomas somáticos y trastornos relacionados, y trastornos de la personalidad (en particular, el trastorno de personalidad dependiente).

Desorden de ansiedad social

Criterios de diagnóstico F40.10

A. Miedo o ansiedad marcados acerca de una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a un posible escrutinio por parte de otros. Los ejemplos incluyen interacciones sociales (p. ej., tener una conversación, conocer gente desconocida), ser observado (p. ej., comer o beber) y actuar frente a otros (p. ej., dar un discurso).

Nota: En los niños, la ansiedad debe ocurrir en entornos con pares y no solo durante las interacciones con adultos.

B. El individuo teme actuar de una manera o mostrar síntomas de ansiedad que serán evaluados negativamente (es decir, será humillante o vergonzoso; provocará rechazo u ofenderá a otros).

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

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad pueden expresarse mediante llanto, rabietas, quedarse paralizado, aferrarse, encogerse o no hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o se soportan con miedo o ansiedad intensos.

E. El miedo o la ansiedad no guarda proporción con la amenaza real que plantea el entorno social. situación y al contexto sociocultural.

Machine Translated by Google

F. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes y generalmente duran 6 meses o más.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica.

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

J. Si hay otra condición médica (por ejemplo, enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración por quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación claramente no están relacionados o son excesivos.

Especificar

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

Especificadores

Las personas con el tipo de trastorno de ansiedad social de desempeño exclusivo tienen temores de desempeño que generalmente son más perjudiciales en sus vidas profesionales (p. ej., músicos, bailarines, artistas intérpretes o ejecutantes, atletas) o en roles que requieren hablar en público con regularidad. Los miedos al desempeño también pueden manifestarse en entornos laborales, escolares o académicos en los que se requieren presentaciones públicas periódicas. Las personas con trastorno de ansiedad social de sólo desempeño no temen ni evitan situaciones sociales de no desempeño.

Características diagnósticas La

característica esencial del trastorno de ansiedad social es un miedo o ansiedad marcados o intensos ante situaciones sociales en las que el individuo puede ser examinado por los demás. En los niños, el miedo o la ansiedad deben ocurrir en entornos con pares y no sólo durante las interacciones con adultos (Criterio A). Cuando se expone a tales situaciones sociales, el individuo teme ser evaluado negativamente.
Al individuo le preocupa que lo juzguen como ansioso, débil, loco, estúpido, aburrido, intimidante, sucio o desagradable. El individuo teme actuar o aparecer de cierta manera o mostrar síntomas de ansiedad, como sonrojarse, temblar, sudar, tropezar con las palabras o mirar fijamente, que serán evaluados negativamente por los demás (Criterio B). Algunas personas temen ofender a otros o ser rechazadas como resultado. El miedo a ofender a los demás (por ejemplo, con una mirada o mostrando síntomas de ansiedad) puede ser el miedo predominante en individuos de culturas con fuertes orientaciones colectivistas. Un individuo con miedo a que le tiemblen las manos puede evitar beber, comer, escribir o señalar en público; una persona con miedo a sudar puede evitar darse la mano o comer alimentos picantes; y un individuo con miedo a sonrojarse puede evitar actuaciones públicas, luces brillantes o discusiones sobre temas íntimos. Algunas personas temen y evitan orinar en baños públicos cuando hay otras personas presentes (es decir, paruresis o “síndrome de vejiga tímida”).

Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad (Criterio C). Por lo tanto, un individuo que se vuelve ansioso sólo ocasionalmente en la(s) situación(es) social(es) no sería diagnosticado con

Machine Translated by Google

desorden de ansiedad social. Sin embargo, el grado y el tipo de miedo y ansiedad pueden variar (p. ej., ansiedad anticipatoria, ataque de pánico) en diferentes ocasiones. La ansiedad anticipatoria puede ocurrir a veces mucho antes de situaciones futuras (p. ej., preocuparse todos los días durante semanas antes de asistir a un evento social, repetir un discurso con días de anticipación). En los niños, el miedo o la ansiedad pueden expresarse mediante llanto, rabietas, congelación, apego o encogimiento en situaciones sociales. El individuo a menudo evitará las situaciones sociales que teme. Alternativamente, las situaciones se soportan con miedo o ansiedad intensos (Criterio D). La evitación puede ser amplia (p. ej., no ir a fiestas, negarse a ir a la escuela) o sutil (p. ej., preparar demasiado el texto de un discurso, desviar la atención hacia los demás, limitar el contacto visual).

Se considera que el miedo o la ansiedad no guardan proporción con el riesgo real de ser evaluado negativamente o con las consecuencias de dicha evaluación negativa (Criterio E).

A veces, es posible que la ansiedad no se considere excesiva, porque está relacionada con un peligro real (p. ej., ser intimidado o atormentado por otros). Sin embargo, los individuos con trastorno de ansiedad social a menudo sobreestiman las consecuencias negativas de las situaciones sociales y, por lo tanto, el médico juzga que están desproporcionadas. A la hora de emitir este juicio es necesario tener en cuenta el contexto sociocultural del individuo. Por ejemplo, en ciertas culturas, un comportamiento que de otro modo podría parecer socialmente ansioso puede considerarse apropiado en situaciones sociales (por ejemplo, podría verse como una señal de respeto).

La duración de la alteración suele ser de al menos 6 meses (Criterio F). Este umbral de duración ayuda a distinguir el trastorno de los miedos sociales transitorios que son comunes, particularmente entre los niños y en la comunidad. El miedo, la ansiedad y la evitación deben interferir significativamente con la rutina normal del individuo, su funcionamiento ocupacional o académico, o sus actividades o relaciones sociales, o deben causar un malestar clínicamente significativo (Criterio G). Por ejemplo, una persona que tiene miedo de hablar en público no recibiría un diagnóstico de trastorno de ansiedad social si esta actividad no se realiza de forma rutinaria en el trabajo o en el aula, y si la persona no se siente significativamente angustiada por ello. Sin embargo, si el individuo evita o es ignorado para el trabajo o la educación que realmente desea debido a síntomas de ansiedad social, se cumple el Criterio G.

Funciones asociadas

Las personas con trastorno de ansiedad social pueden ser insuficientemente asertivas o excesivamente sumisas o, con menos frecuencia, muy controladoras de la conversación. Pueden mostrar una postura corporal demasiado rígida o un contacto visual inadecuado, o hablar con una voz demasiado suave. Estas personas pueden ser tímidas o retraídas, y pueden ser menos abiertas en las conversaciones y revelar poco sobre sí mismas. Pueden buscar empleo en trabajos que no requieran contacto social, aunque este no es el caso de las personas con trastorno de ansiedad social, solo de desempeño. Es posible que vivan en casa por más tiempo. Los hombres pueden tardar en casarse y formar una familia, mientras que las mujeres que quisieran trabajar fuera del hogar pueden vivir una vida sin hacerlo nunca. Es común la automedicación con sustancias (p. ej., beber antes de ir a una fiesta). La ansiedad social entre los adultos mayores también puede incluir la exacerbación de los síntomas de enfermedades médicas, como el aumento del temblor o la taquicardia. El rubor es una respuesta física característica del trastorno de ansiedad social.

Machine Translated by Google

Predominio

La prevalencia estimada de 12 meses del trastorno de ansiedad social en los Estados Unidos es aproximadamente del 7%. En gran parte del mundo se observan estimaciones de prevalencia de 12 meses más bajas utilizando el mismo instrumento de diagnóstico, que se agrupan en torno al 0,5%-2,0%; La prevalencia media en Europa es del 2,3%. La prevalencia parece estar aumentando en los Estados Unidos y los países de Asia oriental. Las tasas de prevalencia de doce meses en adolescentes jóvenes (de 13 a 17 años) son aproximadamente la mitad de las de los adultos. Las tasas de prevalencia a 12 meses disminuyen después de los 65 años. La prevalencia a 12 meses para adultos mayores en América del Norte, Europa y Australia oscila entre el 2% y el 5%. En general, se encuentran tasas más altas de trastorno de ansiedad social en mujeres que en hombres en la población general (con odds ratios que oscilan entre 1,5 y 2,2), y la diferencia de género en la prevalencia es más pronunciada en adolescentes y adultos jóvenes. Las tasas de género son equivalentes o ligeramente superiores para los hombres en muestras clínicas, y se supone que los roles de género y las expectativas sociales desempeñan un papel importante a la hora de explicar el mayor comportamiento de búsqueda de ayuda en los hombres. Se ha descubierto que la prevalencia en los Estados Unidos es menor en personas de ascendencia asiática, latina, afroamericana y negra caribeña en comparación con los blancos no hispanos.

Desarrollo y evolución

La edad media de aparición del trastorno de ansiedad social en los Estados Unidos es de 13 años, y el 75% de las personas tiene una edad de aparición entre 8 y 15 años. El desorden a veces surge

de una historia infantil de inhibición social o timidez en estudios estadounidenses y europeos. El inicio también puede ocurrir en la primera infancia. El inicio del trastorno de ansiedad social puede seguir a una experiencia estresante o humillante (p. ej., ser intimidado, vomitar durante un discurso público), o puede ser insidioso y desarrollarse lentamente. La primera aparición en la edad adulta es relativamente rara y es más probable que ocurra después de un evento estresante o humillante o después de cambios en la vida que requieren nuevos roles sociales (p. ej., casarse con alguien de una clase social diferente, recibir un ascenso laboral). El trastorno de ansiedad social puede disminuir después de que una persona con miedo a tener citas se casa y puede resurgir después del divorcio. Entre las personas que acuden a atención clínica, el trastorno tiende a ser particularmente persistente.

Los adolescentes adoptan un patrón más amplio de miedo y evitación, incluidas las citas, en comparación con los niños más pequeños. Los adultos mayores expresan ansiedad social en niveles más bajos pero en una gama más amplia de situaciones, mientras que los adultos más jóvenes expresan niveles más altos de ansiedad social en situaciones específicas. En los adultos mayores, la ansiedad social puede estar relacionada con la discapacidad debido a la disminución del funcionamiento sensorial (audición, visión) o la vergüenza por la propia apariencia (p. ej., temblor como síntoma de la enfermedad de Parkinson) o el funcionamiento debido a afecciones médicas, incontinencia o deterioro cognitivo (p. ej., olvidar los nombres de las personas). La detección del trastorno de ansiedad social en adultos mayores puede ser un desafío debido a varios factores, incluido un enfoque en los síntomas somáticos, enfermedades médicas comórbidas, percepción limitada, cambios en el entorno social o roles que pueden ocultar el deterioro en el funcionamiento social o la reticencia a describir la angustia psicológica. . Existe una gran variación en las tasas de remisión del trastorno de ansiedad social, lo que sugiere diferentes trayectorias (corta, fluctuante y crónica).

Machine Translated by Google

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los rasgos subyacentes que predisponen a los individuos al trastorno de ansiedad social incluyen la inhibición del comportamiento y el miedo a una evaluación negativa, así como la evitación de daños. Los rasgos de personalidad constantemente asociados con el trastorno de ansiedad social son una alta afectividad negativa (neuroticismo) y una baja extraversión.

Ambiental. Existe evidencia de que las experiencias sociales negativas, en particular la victimización entre pares, están asociadas con el desarrollo del trastorno de ansiedad social, aunque las vías causales siguen siendo desconocidas. El maltrato infantil y la adversidad son factores de riesgo del trastorno de ansiedad social. Entre los afroamericanos y los negros caribeños en los Estados Unidos, las formas cotidianas de discriminación étnica y racismo están asociadas con el trastorno de ansiedad social.

Genético y fisiológico. Los rasgos que predisponen a los individuos al trastorno de ansiedad social, como la inhibición del comportamiento, están fuertemente influenciados genéticamente. La influencia genética está sujeta a la interacción gen-ambiente; es decir, los niños con una alta inhibición conductual son más susceptibles a las influencias ambientales, como el modelado socialmente ansioso por parte de los padres. Además, el trastorno de ansiedad social es hereditario. Los familiares de primer grado tienen entre dos y seis veces más posibilidades de sufrir un trastorno de ansiedad social, y la probabilidad de padecer el trastorno implica la interacción de factores genéticos específicos del trastorno (p. ej., miedo a una evaluación negativa) y no específicos (p. ej., afectividad negativa [neuroticismo]). factores. Se ha descubierto que la contribución genética al trastorno de ansiedad social es mayor para el trastorno de ansiedad social en niños que para el trastorno de ansiedad social en adultos y mayor para los síntomas de ansiedad social que para un diagnóstico clínico de trastorno de ansiedad social.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

La naturaleza y los tipos de situaciones sociales que precipitan los síntomas del trastorno de ansiedad social son similares en todos los grupos etnoraciales de EE. UU., incluido el miedo a actuar o hablar en público, a la interacción social y a ser observado. Los blancos no latinos de EE. UU. informan una edad más temprana de inicio del trastorno de ansiedad social que los latinos de EE. UU., sin embargo, estos últimos describen un mayor deterioro en los ámbitos del hogar, el trabajo y las relaciones asociados con el trastorno.

La condición de inmigrante se asocia con tasas más bajas de trastorno de ansiedad social tanto en grupos latinos como en grupos blancos no latinos. El síndrome de taijin kyofusho (p. ej., en Japón y Corea) se caracteriza a menudo por preocupaciones de evaluación social, que cumplen criterios para el trastorno de ansiedad social, y que se asocian con el miedo a que el individuo incomode a otras personas (p. ej., “Mi mirada molesta a la gente”). entonces miran hacia otro lado y me evitan”), un miedo que a veces se vive con intensidad delirante. Otras presentaciones de taijin kyofusho pueden cumplir los criterios de trastorno dismórfico corporal o trastorno delirante.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

La edad de inicio del trastorno de ansiedad social no difiere según el género. Las mujeres con trastorno de ansiedad social reportan un mayor número de miedos sociales y un trastorno depresivo mayor comórbido y otros trastornos de ansiedad, mientras que los hombres tienen más probabilidades de temer las citas; tiene trastorno de oposición desafiante, trastorno de conducta o trastorno de personalidad antisocial; y consumir alcohol y drogas ilícitas para

Machine Translated by Google

aliviar los síntomas del trastorno. La paruresis es más común en los hombres.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Entre los adolescentes estadounidenses, se ha informado que el trastorno de ansiedad social aumenta el riesgo de pensamientos suicidas activos e intentos de suicidio en los latinos, pero no en los blancos no latinos, independientemente del efecto de la depresión mayor y los ingresos familiares.

Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad social El trastorno de ansiedad social se asocia con tasas elevadas de abandono escolar y con una disminución del bienestar, el empleo, la productividad en el lugar de trabajo, el nivel socioeconómico y la calidad de vida.
El trastorno de ansiedad social también se asocia con ser soltero, soltero o divorciado y con no tener hijos, especialmente entre los hombres, mientras que las mujeres tienen más probabilidades de estar desempleadas.
El trastorno de ansiedad social también se asocia negativamente con la calidad de la amistad, de modo que las personas con trastorno de ansiedad social informan que tienen amistades que son menos cercanas y menos solidarias que las personas sin el trastorno. En los adultos mayores, puede haber deterioro en las tareas de cuidado y actividades voluntarias. El trastorno de ansiedad social también impide las actividades de ocio. A pesar del alcance de la angustia y el deterioro social asociados con el trastorno de ansiedad social, sólo alrededor de la mitad de las personas que padecen el trastorno en sociedades de altos ingresos buscan tratamiento alguna vez, y tienden a hacerlo sólo después de 15 a 20 años de experimentar los síntomas. No estar empleado es un fuerte predictor de la persistencia del trastorno de ansiedad social.

Diagnóstico Diferencial Timidez normativa. La timidez (es decir, la reticencia social) es un rasgo común de la personalidad y no es patológica en sí misma. En algunas sociedades, la timidez incluso se valora positivamente. Sin embargo, cuando hay un impacto adverso significativo en áreas sociales, ocupacionales y otras áreas importantes del funcionamiento, se debe considerar un diagnóstico de trastorno de ansiedad social, y cuando se cumplen todos los criterios de diagnóstico de trastorno de ansiedad social, se debe diagnosticar el trastorno. Sólo una minoría (12%) de las personas que se identifican como tímidas en los Estados Unidos tienen síntomas que cumplen con los criterios de diagnóstico del trastorno de ansiedad social.

Agorafobia. Las personas con agorafobia pueden temer y evitar situaciones sociales (p. ej., ir al cine) porque escapar puede ser difícil o puede que no haya ayuda disponible en caso de incapacitación o síntomas similares al pánico, mientras que las personas con trastorno de ansiedad social tienen más miedo al escrutinio. por otros. Además, es probable que las personas con trastorno de ansiedad social estén tranquilas cuando se las deja completamente solas, lo que a menudo no ocurre en la agorafobia.

Trastorno de pánico. Las personas con trastorno de ansiedad social pueden tener ataques de pánico, pero los ataques de pánico siempre están provocados por situaciones sociales y no ocurren "de la nada". Además, las personas con trastorno de ansiedad social tienen más probabilidades de sentirse angustiadas por el miedo a una evaluación negativa derivada de un ataque de pánico que por los ataques de pánico en sí.

Trastorno de ansiedad generalizada. Las preocupaciones sociales son comunes en el trastorno de ansiedad generalizada, pero la atención se centra más en la naturaleza de las relaciones en curso que en el miedo a una evaluación negativa.

Machine Translated by Google

Los individuos con trastorno de ansiedad generalizada, en particular los niños, pueden tener preocupaciones excesivas sobre la calidad de su desempeño social, pero estas preocupaciones también se refieren al desempeño no social y cuando el individuo no está siendo evaluado por otros. En el trastorno de ansiedad social, las preocupaciones se centran en el desempeño social y la evaluación de los demás.

Trastorno de ansiedad por separación. Las personas con trastorno de ansiedad por separación pueden evitar los entornos sociales (incluido el rechazo a ir a la escuela) debido a la preocupación de estar separados de las figuras de apego o, en el caso de los niños, de requerir la presencia de un padre cuando no es apropiado para su desarrollo. Las personas con trastorno de ansiedad por separación suelen sentirse cómodas en entornos sociales cuando su figura de apego está presente o cuando están en casa, mientras que aquellos con trastorno de ansiedad social pueden sentirse incómodos cuando ocurren situaciones sociales en casa o en presencia de figuras de apego.

Fobias específicas. Los individuos con fobias específicas pueden temer la vergüenza o la humillación (p. ej., vergüenza por desmayarse cuando les extraen sangre), pero generalmente no temen una evaluación negativa en otras situaciones sociales.

Mutismo selectivo. Los individuos con mutismo selectivo pueden no hablar por miedo a una evaluación negativa, pero no temen una evaluación negativa en situaciones sociales en las que no se requiere hablar (p. ej., juego no verbal).

Trastorno depresivo mayor. Las personas con trastorno depresivo mayor pueden preocuparse por ser evaluadas negativamente por los demás porque sienten que son malas o no merecen agradar.
Por el contrario, a las personas con trastorno de ansiedad social les preocupa ser evaluados negativamente debido a ciertos comportamientos sociales o síntomas físicos.

Desórden dismórfico del cuerpo. Las personas con trastorno dismórfico corporal están preocupadas por uno o más defectos o defectos percibidos en su apariencia física que no son observables o parecen leves para los demás; esta preocupación a menudo causa ansiedad y evitación social. Si sus miedos y evitaciones sociales son causados únicamente por sus creencias sobre su apariencia, no se justifica un diagnóstico separado de trastorno de ansiedad social.

Desorden delirante. Las personas con trastorno delirante pueden tener delirios y/o alucinaciones no extraños relacionados con el tema delirante que se centran en ser rechazados por otros u ofenderlos.
Aunque el grado de comprensión de las creencias sobre situaciones sociales puede variar, muchos individuos con trastorno de ansiedad social tienen una buena percepción de que sus creencias no guardan proporción con la amenaza real que plantea la situación social.

Desorden del espectro autista. La ansiedad social y los déficits de comunicación social son características del trastorno del espectro autista. Las personas con trastorno de ansiedad social suelen tener relaciones sociales y capacidad de comunicación social adecuadas a su edad, aunque pueden parecer tener un deterioro en estas áreas cuando interactúan por primera vez con compañeros o adultos desconocidos.

Desorden de personalidad. Dado su frecuente inicio en la infancia y su persistencia hasta la edad adulta, el trastorno de ansiedad social puede parecerse a un trastorno de la personalidad. La superposición más evidente es la del trastorno de la personalidad por evitación. Los individuos con trastorno de personalidad por evitación tienen un patrón de evitación más amplio y tasas más altas de deterioro que aquellos con trastorno de ansiedad social. Además, los individuos con trastorno de personalidad por evitación tienen un concepto de sí mismos fuerte y predominantemente negativo, una visión del rechazo como equivalente a una evaluación global de sí mismos como algo de poco valor y una sensación de no encajar en ellos.

Machine Translated by Google

socialmente que data de la primera infancia. No obstante, el trastorno de ansiedad social suele tener más comorbilidad con el trastorno de personalidad por evitación que con cualquier otro trastorno de la personalidad, y el trastorno de personalidad por evitación tiene más comorbilidad con el trastorno de ansiedad social que con cualquier otro trastorno de ansiedad.

Otros trastornos mentales. Los miedos y el malestar social pueden ocurrir como parte de la esquizofrenia, pero generalmente hay otras evidencias de síntomas psicóticos. En personas con un trastorno alimentario, es importante determinar que el miedo a una evaluación negativa de los síntomas o conductas del trastorno alimentario (p. ej., purgas y vómitos) no es la única fuente de ansiedad social antes de aplicar un diagnóstico de trastorno de ansiedad social. De manera similar, el trastorno obsesivo-compulsivo puede estar asociado con la ansiedad social, pero el diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad social se utiliza sólo cuando los miedos y la evitación sociales son independientes de los focos de las obsesiones y compulsiones.

Otras condiciones médicas. Las condiciones médicas pueden producir síntomas que pueden resultar embarazosos (p. ej., temblores en la enfermedad de Parkinson). Cuando se considera excesivo el miedo a una evaluación negativa debido a otras afecciones médicas, se debe considerar un diagnóstico de trastorno de ansiedad social.

Trastorno de oposición desafiante. Negarse a hablar debido a la oposición a figuras de autoridad debe ser diferenciado de no hablar por miedo a una evaluación negativa.

Comorbilidad El trastorno de ansiedad social suele ser comórbido con otros trastornos de ansiedad, trastorno depresivo mayor y trastornos por uso de sustancias, y la aparición del trastorno de ansiedad social generalmente precede a la de los otros trastornos, excepto la fobia específica y el trastorno de ansiedad por separación. El aislamiento social crónico en el curso del trastorno de ansiedad social puede resultar en un trastorno depresivo mayor.

La comorbilidad con la depresión también es alta en los adultos mayores. Las sustancias pueden utilizarse como automedicación para los miedos sociales, pero los síntomas de la intoxicación o abstinencia de sustancias, como los temblores, también pueden ser una fuente de (mayor) miedo social. El trastorno de ansiedad social suele ser comórbido con el trastorno dismórfico corporal, y el trastorno de ansiedad social generalizada suele ser comórbido con el trastorno de la personalidad por evitación. En los niños, son comunes las comorbilidades con el trastorno del espectro autista de alto funcionamiento y el mutismo selectivo.

Trastorno de pánico

Criterios de diagnóstico F41.0

A. Ataques de pánico inesperados y recurrentes. Un ataque de pánico es una oleada abrupta de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su punto máximo en cuestión de minutos y durante el cual ocurren cuatro (o más) de los siguientes síntomas: Nota: La oleada abrupta puede ocurrir desde un estado de calma o un estado de ansiedad. .

1. Palpitaciones, palpitaciones o frecuencia cardíaca acelerada.

Machine Translated by Google

2. Sudación.
3. Temblores o temblores.
4. Sensaciones de dificultad para respirar o asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o malestar en el pecho.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.

10. Parestesias (sensaciones de entumecimiento u hormigueo).
11. Desrealización (sentimientos de irrealidad) o despersonalización (desapego de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o "volverse loco".
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos del cultivo (p. ej., tinnitus, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llantos incontrolables). Estos síntomas no deben contarse como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. Al menos uno de los ataques ha sido seguido por 1 mes (o más) de uno o ambos de los siguientes:

1. Preocupación o preocupación persistente por ataques de pánico adicionales o sus consecuencias (p. ej., perder el control, sufrir un ataque cardíaco, "volverse loco").
2. Un cambio desadaptativo significativo en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos diseñados para evitar ataques de pánico, como evitar el ejercicio o situaciones desconocidas).

C. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u 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 ocurren sólo en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicos circunscritos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recordatorios de eventos 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).

Características diagnósticas El

trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico inesperados y recurrentes (Criterio A). (Para obtener una descripción detallada de los síntomas y el curso que caracterizan un ataque de pánico, consulte Ataque de pánico

Machine Translated by Google

Especificador, sección “Características”, después de este texto sobre el trastorno de pánico.) Un ataque de pánico es una oleada abrupta de miedo intenso o malestar intenso que alcanza un punto máximo en cuestión de minutos, y durante el cual se desarrollan 4 o más de una lista de 13 trastornos físicos y cognitivos. ocurren los síntomas. El término recurrente significa más de un ataque de pánico inesperado. El término inesperado se refiere a un ataque de pánico para el cual no existe una señal o desencadenante obvio en el momento de ocurrir; es decir, el ataque parece ocurrir de la nada, como cuando el individuo se está relajando o saliendo del sueño (ataque nocturno). ataque de pánico). Por el contrario, los ataques de pánico esperados son aquellos para los cuales existe una señal o un desencadenante obvio, como una situación en la que normalmente se han producido ataques de pánico. La determinación de si los ataques de pánico son esperados o inesperados la realiza el médico, quien hace este juicio basándose en una combinación de preguntas cuidadosas sobre la secuencia de eventos que precedieron o condujeron al ataque y el propio juicio del individuo sobre si el ataque parecía ocurrir sin razón aparente. Las interpretaciones culturales pueden influir en la asignación de ataques de pánico como esperados o inesperados (consulte la sección “Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura” para este trastorno). En Estados Unidos y Europa, aproximadamente la mitad de las personas con trastorno de pánico han esperado ataques de pánico, así como ataques de pánico inesperados. Por tanto, la presencia de ataques de pánico esperados no descarta el diagnóstico de trastorno de pánico.

La frecuencia y gravedad de los ataques de pánico varían ampliamente. En términos de frecuencia, puede haber ataques moderadamente frecuentes (p. ej., uno por semana) durante meses seguidos, o ráfagas cortas de ataques más frecuentes (p. ej., diarios) separados por semanas o meses sin ningún ataque o con ataques menos frecuentes (por ejemplo, dos por mes) durante muchos años. Los individuos que tienen ataques de pánico poco frecuentes se parecen a aquellos con ataques de pánico más frecuentes en términos de síntomas de ataque de pánico, características demográficas, comorbilidad con otros trastornos, factores familiares.

historia y datos biológicos. En términos de gravedad, las personas con trastorno de pánico pueden tener ataques de síntomas completos (cuatro o más síntomas) y de síntomas limitados (menos de cuatro síntomas), y el número y tipo de síntomas de ataque de pánico con frecuencia difieren de un ataque de pánico a otro. próximo. Sin embargo, se requiere más de un ataque de pánico inesperado y sintomático para diagnosticar un trastorno de pánico.

Un ataque de pánico nocturno (es decir, despertarse del sueño en un estado de pánico) difiere del pánico después de despertarse por completo del sueño. En los Estados Unidos, se ha estimado que el ataque de pánico nocturno ocurre al menos una vez en aproximadamente entre un cuarto y un tercio de las personas con trastorno de pánico, de los cuales la mayoría también tiene ataques de pánico diurnos. Las personas con ataques de pánico tanto diurnos como nocturnos tienden a tener un trastorno de pánico más grave en general.

Las preocupaciones sobre los ataques de pánico o sus consecuencias suelen referirse a preocupaciones físicas, como la preocupación de que los ataques de pánico reflejen la presencia de enfermedades potencialmente mortales (p. ej., enfermedades cardíacas, trastornos convulsivos); preocupaciones sociales, como vergüenza o miedo de ser juzgado negativamente por otros debido a síntomas de pánico visibles; y preocupaciones sobre el funcionamiento mental, como “volverse loco” o perder el control (Criterio B). Las personas que refieren temor a morir en sus ataques de pánico tienden a tener presentaciones más graves del trastorno de pánico (p. ej., ataques de pánico que implican más síntomas). Los cambios desadaptativos en el comportamiento representan intentos de minimizar o evitar los ataques de pánico o sus consecuencias. Los ejemplos incluyen evitar el esfuerzo físico, reorganizar la vida diaria para asegurar que haya ayuda disponible en caso de un ataque de pánico, restringir las actividades diarias habituales y evitar situaciones de tipo agorafobia, como salir de casa, usar

Machine Translated by Google

transporte público o ir de compras. Si hay agorafobia, se realiza un diagnóstico separado de agorafobia.

Funciones asociadas

Además de preocuparse por los ataques de pánico y sus consecuencias, muchas personas con trastorno de pánico informan sentimientos de ansiedad constantes o intermitentes que están más ampliamente relacionados con problemas de salud y salud mental. Por ejemplo, las personas con trastorno de pánico a menudo anticipan un resultado catastrófico debido a un síntoma físico leve o un efecto secundario de un medicamento (p. ej., pensar que pueden tener una enfermedad cardíaca o que un dolor de cabeza significa la presencia de un tumor cerebral). Estas personas suelen ser relativamente intolerantes a los efectos secundarios de los medicamentos. Además, puede haber preocupaciones generalizadas sobre la capacidad para completar las tareas diarias o resistir los factores estresantes diarios, el uso excesivo de drogas (p. ej., alcohol, medicamentos recetados o drogas ilícitas) para controlar los ataques de pánico, o conductas extremas destinadas a controlar los ataques de pánico (p. ej., restricciones severas en la ingesta de alimentos o evitación de alimentos o medicamentos específicos debido a preocupaciones sobre síntomas físicos que provocan ataques de pánico).

Predominio

En la población general, la estimación de prevalencia a 12 meses del trastorno de pánico en los Estados Unidos y varios países europeos es de alrededor del 2% al 3% en adultos y adolescentes. La prevalencia mundial a lo largo de la vida se estima en 1,7%, con un riesgo de vida proyectado del 2,7% en las Encuestas Mundiales de Salud Mental. En los Estados Unidos, se reportan estimaciones de prevalencia significativamente más bajas del trastorno de pánico entre latinos, afroamericanos, negros caribeños y asiáticoamericanos, en comparación con los blancos no latinos. Las estimaciones de prevalencia del trastorno de pánico en los indios americanos oscilan entre el 2,6% y el 4,1%. Se han informado estimaciones más bajas para los países asiáticos, africanos y latinoamericanos, que oscilan entre el 0,1% y el 0,8%. Las mujeres se ven afectadas con más frecuencia que los hombres, en una proporción de aproximadamente 2:1. La diferenciación de género se produce en la adolescencia y ya es observable antes de los 14 años. Aunque los ataques de pánico ocurren en niños, la prevalencia general del trastorno de pánico es baja antes de los 14 años (<0,4%). Las tasas de trastorno de pánico muestran un aumento gradual durante la adolescencia y posiblemente después del inicio de la pubertad, y alcanzan su punto máximo durante la edad adulta. La prevalencia disminuye en personas mayores (es decir, 1,2% en adultos mayores de 55 años, 0,7% en adultos mayores de 64 años), lo que posiblemente refleja una disminución de la gravedad a niveles subclínicos.

Desarrollo y evolución La edad media de

aparición del trastorno de pánico en Estados Unidos es de 20 a 24 años y, a nivel internacional, de 32 años. La edad media de inicio es 34,7 años. Un pequeño número de casos comienza en la niñez y la aparición después de los 55 años es inusual, pero puede ocurrir. El curso habitual, si el trastorno no se trata, es crónico pero con altibajos. Algunas personas pueden tener brotes episódicos con años de remisión entre ellos, y otras pueden tener sintomatología grave continua.

Según un estudio longitudinal realizado en los Países Bajos, aproximadamente una cuarta parte de las personas con trastorno de pánico experimentaron recurrencia de los síntomas durante el período de seguimiento inicial de dos años. Sólo una minoría de personas logra una remisión completa sin recaídas posteriores en unos pocos años. El curso del trastorno de pánico típicamente se complica por una variedad de otros trastornos, en

Machine Translated by Google

en particular, otros trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos por uso de sustancias (consulte la sección "Comorbilidad" para este trastorno). Se ha informado que los adultos afroamericanos tienen un curso más crónico de trastorno de pánico en comparación con los adultos blancos no latinos, posiblemente debido al impacto duradero del racismo y la discriminación, el estigma debido a las enfermedades mentales y el acceso limitado a una atención adecuada.

Aunque el trastorno de pánico es muy raro en la niñez, la primera aparición de "ataques de miedo" a menudo se remonta retrospectivamente a la niñez. Al igual que en los adultos, el trastorno de pánico en los adolescentes tiende a tener un curso crónico y frecuentemente es comórbido con otros trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares. Hasta la fecha no se han encontrado diferencias en la presentación clínica entre adolescentes y adultos. Sin embargo, los adolescentes pueden estar menos preocupados por ataques de pánico adicionales que los adultos jóvenes. La menor prevalencia del trastorno de pánico en los adultos mayores parece atribuirse a la "amortiguación" relacionada con la edad de la respuesta del sistema nervioso autónomo. Se observa que muchas personas mayores con “sentimientos de pánico” tienen un “híbrido” de ataques de pánico de síntomas limitados y ansiedad generalizada. Además, los adultos mayores tienden a atribuir sus ataques de pánico a determinadas situaciones estresantes, como un procedimiento médico o un entorno social. Las personas mayores pueden respaldar retrospectivamente explicaciones para el ataque de pánico (lo que impediría el diagnóstico de trastorno de pánico), incluso si un ataque en realidad pudo haber sido inesperado en el momento (y por lo tanto calificar como base para un diagnóstico de trastorno de pánico). Esto puede dar lugar a una subestimación de los ataques de pánico inesperados en personas mayores. Por lo tanto, se requiere un interrogatorio cuidadoso de los adultos mayores para evaluar si se esperaban ataques de pánico antes de entrar en la situación, de modo que no se pasen por alto los ataques de pánico inesperados y el diagnóstico de trastorno de pánico.

Si bien la baja tasa de trastorno de pánico en los niños podría estar relacionada con dificultades para informar los síntomas, esto parece poco probable dado que los niños son capaces de informar miedo o pánico intenso en relación con la separación y con los objetos o situaciones fóbicas. Los adolescentes pueden estar menos dispuestos que los adultos a hablar abiertamente sobre los ataques de pánico. Por lo tanto, los médicos deben ser conscientes de que los ataques de pánico inesperados ocurren en los adolescentes, al igual que en los adultos, y estar en sintonía con esta posibilidad cuando se encuentran con adolescentes que presentan episodios de miedo o angustia intensos.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Temperamental.

La afectividad negativa (neuroticismo) (es decir, la propensión a experimentar emociones negativas), la sensibilidad a la ansiedad (es decir, la disposición a creer que los síntomas de ansiedad son dañinos), la inhibición conductual y la evitación de daños son factores de riesgo para la aparición de ataques de pánico y trastorno de pánico. . Los antecedentes de “ataques de miedo” (es decir, ataques de síntomas limitados que no cumplen todos los criterios para un ataque de pánico) pueden ser un factor de riesgo para ataques de pánico y trastornos de pánico posteriores, en particular cuando la primera experiencia de pánico se valora como negativa. Aunque la ansiedad por separación en la infancia, especialmente cuando es grave, puede preceder al desarrollo posterior del trastorno de pánico, no es un factor de riesgo constante.

Ambiental.

La mayoría de las personas reportan factores estresantes identificables en los meses previos a su primer pánico. ataque (p. ej., factores estresantes interpersonales y factores estresantes relacionados con el bienestar físico,

tales como experiencias negativas con medicamentos ilícitos o recetados, enfermedades o muerte en la familia).

Machine Translated by Google

Además, un mayor estrés vital crónico se asocia con una mayor gravedad del trastorno de pánico. Entre el 10% y el 60% de las personas con trastorno de pánico tienen antecedentes de trauma, y las experiencias de vida estresantes y las adversidades infantiles se asocian con una patología de pánico más grave. La sobreprotección de los padres y la baja calidez emocional también son factores de riesgo del trastorno de pánico. Las personas con pocos recursos económicos tienen más probabilidades de presentar síntomas que cumplan los criterios del trastorno de pánico. Fumar es un factor de riesgo de ataques de pánico y trastornos de pánico.

Genético y fisiológico. Es probable que múltiples genes confieren vulnerabilidad al trastorno de pánico; sin embargo, aún se desconocen los genes exactos, los productos genéticos o las funciones relacionadas con las regiones genéticas implicadas. Existe un mayor riesgo de trastorno de pánico entre hijos de padres con trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares.

Las personas con trastorno de pánico muestran una sensibilidad especialmente aumentada a la estimulación respiratoria mediante aire enriquecido con CO2. Los trastornos respiratorios, como el asma, pueden estar asociados con el trastorno de pánico, en términos de antecedentes, comorbilidad y antecedentes familiares.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

La tasa de temores sobre los síntomas mentales y somáticos de la ansiedad parece variar según los contextos culturales y puede influir en la tasa de ataques de pánico y trastornos de pánico. Además, las expectativas culturales pueden influir en la clasificación de los ataques de pánico como esperados o inesperados. Por ejemplo, un individuo vietnamita que sufre un ataque de pánico después de caminar en un ambiente ventoso (trúng gió; “golpeado por el viento”) puede atribuir el ataque de pánico a la exposición al viento como resultado del síndrome cultural que vincula estas dos experiencias. , lo que da como resultado la clasificación del ataque de pánico como se esperaba. Varios otros conceptos culturales de angustia están asociados con el trastorno de pánico, incluido el ataque de nervios entre los latinoamericanos y los ataques khyâl y la “pérdida del alma” entre los camboyanos. El ataque de nervios puede implicar temblores, gritos o llantos incontrolables, comportamiento agresivo o suicida y despersonalización o desrealización, que pueden experimentarse durante más tiempo que los pocos minutos típicos de los ataques de pánico.

Algunas presentaciones clínicas de ataque de nervios cumplen criterios para condiciones distintas al ataque de pánico (p. ej., trastorno de síntomas neurológicos funcionales). Estos conceptos de angustia tienen un impacto en los síntomas y la frecuencia del trastorno de pánico, incluida la atribución individual de lo inesperado, ya que los conceptos culturales de angustia pueden crear miedo a ciertas situaciones, que van desde discusiones interpersonales (asociadas con ataque de nervios) hasta tipos de esfuerzo (asociado con ataques khyâl), al viento atmosférico (asociado con ataques trúng gió).

La aclaración de los detalles de las atribuciones culturales puede ayudar a distinguir los ataques de pánico esperados e inesperados. Para obtener más información sobre los conceptos culturales de angustia, consulte el capítulo "Cultura y diagnóstico psiquiátrico" en la Sección III.

Es probable que las preocupaciones específicas sobre los ataques de pánico o sus consecuencias varíen entre grupos etnoraciales y contextos culturales (y entre diferentes grupos de edad y género). Entre los estadounidenses de origen asiático, los hispanoamericanos y los afroamericanos en los Estados Unidos, el trastorno de pánico se asocia con informes de discriminación étnica y racismo, una vez que se tiene en cuenta el efecto de los factores demográficos. En cuanto al trastorno de pánico, las muestras de blancos no latinos de la comunidad estadounidense tienen un deterioro funcional significativamente menor que los afroamericanos. También hay tasas más altas de gravedad definida objetivamente en los negros caribeños no latinos con trastorno de pánico, y tasas más bajas de trastorno de pánico en general tanto en los afroamericanos como en los negros caribeños, lo que sugiere que entre las muestras de ascendencia africana de la comunidad estadounidense, el pánico

Machine Translated by Google

Los criterios de trastorno pueden respaldarse sólo cuando hay una gravedad y un deterioro sustanciales. La tasa de uso de los servicios de salud mental para el trastorno de pánico varía según los grupos etnoraciales.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

La tasa de trastorno de pánico es casi dos veces mayor en las mujeres que en los hombres. La recaída del trastorno de pánico también ocurre con mayor frecuencia en mujeres adultas que en hombres,

lo que sugiere que las mujeres tienen un curso de enfermedad más inestable. También se encuentran diferencias de género en el curso clínico entre los adolescentes. El trastorno de pánico tiene un mayor impacto en la calidad de vida relacionada con la salud en las mujeres que en los hombres, lo que puede atribuirse a una mayor sensibilidad a la ansiedad entre algunas mujeres o una mayor comorbilidad con agorafobia y depresión. Existe cierta evidencia de dimorfismo sexual, con una alta expresión de los alelos MAOA-uVNTR que potencialmente actúan como un factor de riesgo específico femenino para el trastorno de pánico.

Marcadores diagnósticos

Los individuos con trastorno de pánico exhiben un sesgo atencional hacia estímulos amenazantes. Los ataques de pánico pueden ser provocados por agentes con mecanismos de acción dispares, como el lactato de sodio, la cafeína, el isoproterenol, la yohimbina, el CO_2 y la colecistoquinina, en mucho mayor medida en personas con trastorno de pánico que en quienes no lo padecen. Existe un interés considerable en la relación entre el trastorno de pánico y la sensibilidad a estos agentes que provocan pánico. Si bien ninguno de los datos sugiere utilidad diagnóstica, los datos sobre la sensibilidad a la estimulación respiratoria reflejan cierto nivel de especificidad para el trastorno de pánico y afecciones relacionadas, como el trastorno de ansiedad por separación.
Entre las personas con trastorno de pánico pueden producirse una hiperventilación inicial crónica y una tasa de suspiros más elevada. Sin embargo, ninguno de estos hallazgos de laboratorio se considera diagnóstico de trastorno de pánico.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

Los ataques de pánico y un diagnóstico de trastorno de pánico en los últimos 12 meses se relacionan con una mayor tasa de conductas y pensamientos suicidas en los últimos 12 meses, incluso cuando existe comorbilidad y antecedentes de abuso infantil y otros factores de riesgo de suicidio. se tienen en cuenta. Aproximadamente el 25% de los pacientes de atención primaria con trastorno de pánico reportan pensamientos suicidas. El trastorno de pánico puede aumentar el riesgo de futuras conductas suicidas, pero no de muerte.

Los datos de encuestas epidemiológicas sobre los síntomas de un ataque de pánico muestran que los síntomas cognitivos del pánico (p. ej., desrealización) pueden estar asociados con pensamientos suicidas, mientras que los síntomas físicos (p. ej., mareos, náuseas) pueden estar asociados con conductas suicidas.

Consecuencias funcionales del trastorno de pánico

El trastorno de pánico se asocia con altos niveles de discapacidad social, ocupacional y física; costos económicos considerables; y el mayor número de visitas médicas entre los trastornos de ansiedad, aunque los efectos son más fuertes con la presencia de agorafobia. Las personas con trastorno de pánico pueden ausentarse con frecuencia del trabajo o la escuela para ir al médico y a la sala de emergencias.

Machine Translated by Google

visitas, lo que puede provocar desempleo o abandono escolar. En los adultos mayores, se puede observar un deterioro en las tareas de cuidado o en las actividades voluntarias, y el trastorno de pánico se relaciona con una menor calidad de vida relacionada con la salud y una mayor recepción de servicios del departamento de emergencias. Los ataques de pánico con síntomas completos generalmente se asocian con una mayor morbilidad (p. ej., mayor utilización de atención médica, más discapacidad, peor calidad de vida) que los ataques de síntomas limitados.

Diagnóstico diferencial

Sólo ataques de pánico con síntomas limitados. El trastorno de pánico no debe diagnosticarse si nunca se han experimentado ataques de pánico con todos los síntomas (inesperados). En el caso de ataques de pánico inesperados con síntomas limitados, se debe considerar otro trastorno de ansiedad especificado o un diagnóstico de trastorno de ansiedad no especificado.

Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica. El trastorno de pánico no se diagnostica si se considera que los ataques de pánico son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.
Ejemplos de condiciones médicas que pueden causar ataques de pánico incluyen hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, disfunciones vestibulares, convulsiones.

trastornos y afecciones cardiopulmonares (p. ej., arritmias, taquicardia supraventricular, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]). Las pruebas de laboratorio apropiadas (p. ej., niveles de calcio sérico para hiperparatiroidismo; monitor Holter para arritmias) o exámenes físicos (p. ej., para afecciones cardíacas) pueden ser útiles para determinar el papel etiológico de otra afección médica. Características como el inicio después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante un ataque de pánico (p. ej., vértigo, pérdida del conocimiento, pérdida del control de la vejiga o los intestinos, dificultad para hablar, amnesia) sugieren la posibilidad de que otra afección médica o una sustancia pueda estar causando los síntomas del ataque de pánico.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. El trastorno de pánico no se diagnostica si se considera que los ataques de pánico son una consecuencia fisiológica directa de una sustancia. La intoxicación con estimulantes del sistema nervioso central (p. ej., cocaína, sustancias de tipo anfetamínico, cafeína) o cannabis y la abstinencia de depresores del sistema nervioso central (p. ej., alcohol, barbitúricos) pueden precipitar un ataque de pánico.

Sin embargo, si los ataques de pánico continúan ocurriendo fuera del contexto del uso de sustancias (p. ej., mucho después de que hayan terminado los efectos de la intoxicación o la abstinencia), se debe considerar un diagnóstico de trastorno de pánico. Además, debido a que el trastorno de pánico puede preceder al consumo de sustancias en algunos individuos y puede estar asociado con un mayor consumo de sustancias, especialmente con fines de automedicación, se debe realizar una historia detallada para determinar si el individuo tuvo ataques de pánico antes del consumo excesivo de sustancias. Si este es el caso, se debe considerar un diagnóstico de trastorno de pánico además del diagnóstico de trastorno por uso de sustancias. Características como el inicio después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante un ataque de pánico (p. ej., vértigo, pérdida del conocimiento, pérdida del control de la vejiga o los intestinos, dificultad para hablar, amnesia) sugieren la posibilidad de que otra afección médica o una sustancia pueda estar causando los síntomas del ataque de pánico.

Otros trastornos mentales con ataques de pánico como característica asociada (p. ej., otros trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos).
Se esperan ataques de pánico que ocurren como síntoma de otros trastornos de ansiedad (p. ej., desencadenados por

Machine Translated by Google

situaciones sociales en el trastorno de ansiedad social, por objetos o situaciones fóbicas en fobia específica o agorafobia, por preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada, por separación del hogar o figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación) y, por lo tanto, no cumplirían los criterios para el trastorno de pánico. (Nota: a veces un ataque de pánico inesperado se asocia con la aparición de otro trastorno de ansiedad, pero luego los ataques se vuelven esperados, mientras que el trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico inesperados recurrentes). Si los ataques de pánico ocurren sólo en respuesta a desencadenantes específicos, entonces sólo se asigna el trastorno de ansiedad relevante. Sin embargo, si el individuo también experimenta ataques de pánico inesperados y muestra preocupación y preocupación persistentes o cambios de comportamiento debido a los ataques, entonces se debe considerar un diagnóstico adicional de trastorno de pánico.

Comorbilidad

El trastorno de pánico ocurre con poca frecuencia en entornos clínicos en ausencia de otra psicopatología. En la población general, el 80% de las personas con trastorno de pánico tuvieron un diagnóstico mental comórbido a lo largo de su vida. La prevalencia del trastorno de pánico es elevada en individuos con otros trastornos, particularmente otros trastornos de ansiedad (y especialmente agorafobia), trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I y bipolar II y posiblemente un trastorno leve por consumo de alcohol. Si bien el trastorno de pánico en ocasiones tiene una edad de inicio más temprana que los trastornos comórbidos, el inicio a menudo ocurre después del trastorno comórbido y puede verse como un marcador de gravedad de la enfermedad comórbida.

Las tasas informadas de comorbilidad a lo largo de la vida entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno de pánico varían ampliamente, oscilando entre el 10% y el 65% en individuos con trastorno de pánico. En aproximadamente un tercio de los individuos con ambos trastornos, la depresión precede a la aparición del trastorno de pánico. En los dos tercios restantes, la depresión ocurre coincidiendo con o después de la aparición del trastorno de pánico. Un subconjunto de individuos con trastorno de pánico desarrolla una

Trastorno relacionado con sustancias, que para algunos representa un intento de tratar su ansiedad con alcohol o medicamentos. También es común la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y el trastorno de ansiedad por enfermedad.

El trastorno de pánico es significativamente comórbido con numerosos síntomas y afecciones médicas generales, que incluyen, entre otros, mareos, arritmias cardíacas, hipertiroidismo, asma, EPOC y síndrome del intestino irritable. Sin embargo, la naturaleza de la asociación (p. ej., causa y efecto) entre el trastorno de pánico y estas afecciones aún no está clara. Aunque el prolapso de la válvula mitral y la enfermedad tiroidea son más comunes entre las personas con trastorno de pánico que en la población general, los aumentos en la prevalencia no son consistentes.

Especificador de ataque de pánico

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

Machine Translated by Google

(p. ej., “trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico”). Para el trastorno de pánico, la presencia de un ataque de pánico está contenida dentro de los criterios del trastorno y el ataque de pánico no se utiliza como especificador.

Una oleada abrupta de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su punto máximo en cuestión de minutos y durante el cual ocurren cuatro (o más) de los siguientes síntomas: Nota: La oleada abrupta puede ocurrir desde un estado de calma o un estado de ansiedad. 1.

1. Palpitaciones, palpitaciones o frecuencia cardíaca acelerada.
2. Sudación.
3. Temblores o temblores.
4. Sensaciones de dificultad para respirar o asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o malestar en el pecho.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensaciones de entumecimiento u hormigueo).
11. Desrealización (sentimientos de irrealidad) o despersonalización (desapego de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o “volverse loco”.
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos del cultivo (p. ej., tinnitus, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llantos incontrolables). Estos síntomas no deben contarse como uno de los cuatro síntomas requeridos.

Características

La característica esencial de un ataque de pánico es una oleada abrupta de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su punto máximo en cuestión de minutos y durante el cual ocurren 4 o más de 13 síntomas físicos y cognitivos. Once de estos 13 síntomas son físicos (p. ej., palpitaciones, sudoración), mientras que 2 son cognitivos (es decir, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir). “Miedo a volverse loco” es un coloquialismo que suelen utilizar personas con ataques de pánico y no pretende ser un término peyorativo o diagnóstico. El término dentro de minutos significa que el tiempo para alcanzar la intensidad máxima es literalmente de sólo unos minutos. Un ataque de pánico puede surgir de un estado de calma o de una

El estado de ansiedad y el tiempo hasta la intensidad máxima deben evaluarse independientemente de cualquier ansiedad previa. Es decir, el inicio del ataque de pánico es el punto en el que hay un aumento abrupto del malestar y no el punto en el que se desarrolla la ansiedad por primera vez. Del mismo modo, un ataque de pánico puede volver a un estado de ansiedad o de calma y posiblemente volver a alcanzar su punto máximo. Un ataque de pánico se distingue de la ansiedad continua por el momento en que alcanza su máxima intensidad, que ocurre en cuestión de minutos; su naturaleza discreta; y su típicamente mayor gravedad. Los ataques que cumplen todos los demás criterios pero tienen menos de cuatro síntomas físicos y/o cognitivos se denominan ataques de síntomas limitados.

Machine Translated by Google

Hay dos tipos característicos de ataques de pánico: esperados e inesperados. Los ataques de pánico esperados son ataques para los cuales existe una señal o desencadenante obvio, como situaciones en las que normalmente se han producido ataques de pánico. Los ataques de pánico inesperados son aquellos para los cuales no existe una señal o desencadenante obvio en el momento de ocurrir (p. ej., cuando se relaja o se despierta [ataque de pánico nocturno]). La determinación de si los ataques de pánico son esperados o inesperados la realiza el médico, quien hace este juicio basándose en una combinación de preguntas cuidadosas sobre la secuencia de eventos que precedieron o condujeron al ataque y el propio juicio del individuo sobre si el ataque parecía ocurrir sin razón aparente. Los ataques de pánico pueden ocurrir en el contexto de cualquier trastorno mental (p. ej., trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos alimentarios, trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, trastornos de la personalidad, trastornos psicóticos, trastornos por uso de sustancias) y algunas afecciones médicas (p. ej., cardíaco, respiratorio, vestibular, gastrointestinal), y la mayoría de las presentaciones nunca cumplen con los criterios de trastorno de pánico.
Para diagnosticar un trastorno de pánico se requieren ataques de pánico inesperados y recurrentes.

Funciones asociadas

Un tipo de ataque de pánico inesperado es el ataque de pánico nocturno (es decir, despertarse del sueño en un estado de pánico), que difiere del pánico después de despertarse por completo del sueño.

Predominio

En la población general, las estimaciones de prevalencia de ataques de pánico a 12 meses en España y Estados Unidos oscilan entre el 9,5% y el 11,2% en adultos. Las estimaciones de prevalencia de doce meses no parecen diferir significativamente entre afroamericanos, asiáticoamericanos y latinos.
Aproximadamente el 8,5% de los indios americanos informan una historia de ataques de pánico en su vida. Las tasas de prevalencia de ataques de pánico a lo largo de la vida a nivel nacional son del 13,2%. Las mujeres se ven afectadas con más frecuencia que los hombres, aunque esta diferencia de género es más pronunciada en el caso del trastorno de pánico. Los ataques de pánico pueden ocurrir en niños, pero son relativamente raros hasta la pubertad, cuando aumentan las tasas de prevalencia. La prevalencia disminuye en personas mayores, lo que posiblemente refleja una disminución de la gravedad a niveles subclínicos.

Desarrollo y evolución

La edad media de aparición de los ataques de pánico en los Estados Unidos es de aproximadamente 22 a 23 años entre los adultos. Sin embargo, el curso de los ataques de pánico probablemente esté influenciado por el curso de cualquier trastorno mental concurrente y eventos estresantes de la vida. Los ataques de pánico son poco comunes y los ataques de pánico inesperados son raros en niños preadolescentes. Los adolescentes pueden estar menos dispuestos que los adultos a hablar abiertamente de los ataques de pánico, aunque presenten episodios de miedo o malestar intensos. La menor prevalencia de ataques de pánico en personas mayores puede estar relacionada con una respuesta autonómica más débil a los estados emocionales en comparación con las personas más jóvenes. Las personas mayores pueden estar menos inclinadas a utilizar la palabra "miedo" y más a utilizar la palabra "malestar" para describir los ataques de pánico. Las personas mayores con “sentimientos de pánico” pueden tener una combinación de ataques de síntomas limitados y ansiedad generalizada. Además, las personas mayores tienden a atribuir los ataques de pánico a determinadas situaciones estresantes (p. ej., procedimientos médicos, entornos sociales) y pueden respaldar retrospectivamente explicaciones del ataque de pánico incluso si fueron inesperados en el momento. Esto puede dar lugar a una subestimación de los ataques de pánico inesperados en personas mayores.

Machine Translated by Google

Factores de Riesgo y Pronóstico

Temperamental. La afectividad negativa (neuroticismo) (es decir, la propensión a experimentar emociones negativas), la sensibilidad a la ansiedad (es decir, la disposición a creer que los síntomas de ansiedad son dañinos), la inhibición conductual y la evitación de daños son factores de riesgo para la aparición de ataques de pánico. Los antecedentes de "ataques de miedo" (es decir, ataques de síntomas limitados que no cumplen todos los criterios para un ataque de pánico) pueden ser un factor de riesgo para ataques de pánico posteriores.

Ambiental. Fumar es un factor de riesgo de ataques de pánico. La mayoría de las personas informan sobre factores estresantes identificables en los meses previos a su primer ataque de pánico (p. ej., factores estresantes interpersonales y factores estresantes relacionados con el bienestar físico, como experiencias negativas con medicamentos ilícitos o recetados, enfermedades o muerte en la familia). La separación de los padres, la crianza sobreprotectora y el rechazo de los padres son factores de riesgo de ataques de pánico.

Genético y fisiológico. Las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que reportan bajas percepciones de control sobre la enfermedad y creencias negativas sobre las consecuencias de ataques impredecibles sin aliento tienen más probabilidades de tener síntomas de pánico.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Las interpretaciones culturales pueden influir en la determinación de los ataques de pánico como esperados o inesperados. Se pueden observar síntomas específicos del cultivo (p. ej., tinnitus, dolor de cuello, dolor de cabeza y gritos o llantos incontrolables); sin embargo, dichos síntomas no deben contarse como uno de los cuatro síntomas requeridos. La frecuencia de cada uno de los 13 síntomas varía entre culturas (p. ej., tasas más altas de parestesias en afroamericanos, de mareos en varios grupos asiáticos y de temblores en blancos no latinos). Los conceptos culturales de angustia también influyen en la presentación transcultural de los ataques de pánico, lo que da como resultado diferentes perfiles de síntomas en diferentes grupos culturales. Los ejemplos incluyen ataques de khyâl (viento), un síndrome cultural camboyano que implica mareos, tinnitus y dolor de cuello; y ataques trúng gió (relacionados con el viento), un síndrome cultural vietnamita asociado con dolores de cabeza. Los modelos explicativos culturales pueden realzar la prominencia de síntomas de pánico específicos. Por ejemplo, las opiniones tradicionales camboyanas sobre la circulación anormal del khyâl en el cuerpo se asocian con la percepción de peligrosidad de algunos síntomas (por ejemplo, dolor de cuello), que pueden desencadenar cogniciones catastróficas y ataques de pánico. El ataque de nervios es un síndrome cultural entre los latinoamericanos que puede implicar temblores, gritos o llantos incontrolables, comportamiento agresivo o suicida y despersonalización o desrealización, y que puede experimentarse durante más de unos pocos minutos. Algunas presentaciones clínicas de ataque de nervios cumplen criterios para condiciones distintas al ataque de pánico (p. ej., otro trastorno disociativo específico). Además, las expectativas culturales pueden influir en la clasificación de los ataques de pánico como esperados o inesperados, ya que los síndromes culturales pueden crear miedo ante determinadas situaciones, que van desde discusiones interpersonales (asociadas con ataques de nervios), hasta tipos de esfuerzo (asociados con ataques de khyâl), hasta viento atmosférico (asociado con ataques de trúng gió). La aclaración de los detalles de las atribuciones culturales puede ayudar a distinguir los ataques de pánico esperados e inesperados. Para obtener más información sobre los conceptos culturales de angustia, consulte el capítulo "Cultura y diagnóstico psiquiátrico" en la Sección III.

Machine Translated by Google

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Los ataques de pánico son más comunes en mujeres que en hombres. Entre los que reportan ataques de pánico, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de padecer síntomas de dificultad para respirar y náuseas, pero menos probabilidades de sufrir sudoración.

Marcadores de diagnóstico

Los registros fisiológicos de ataques de pánico que ocurren naturalmente en individuos con trastorno de pánico indican picos abruptos de excitación, generalmente de frecuencia cardíaca, que alcanzan un pico en

minutos y desaparecen en cuestión de minutos, y para una proporción de estos individuos el ataque de pánico puede estar precedido por inestabilidades cardiorrespiratorias. Los ataques de pánico se caracterizan por aumentos de la frecuencia cardíaca y del volumen corriente y una caída de la pCO_2 .

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

Los ataques de pánico se relacionan con una mayor tasa de intentos de suicidio y pensamientos suicidas incluso cuando se tienen en cuenta la comorbilidad y otros factores de riesgo de suicidio.

Consecuencias funcionales de los ataques de pánico

En el contexto de los trastornos mentales concurrentes, incluidos los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, el trastorno bipolar, los trastornos por uso de sustancias, los trastornos psicóticos y los trastornos de la personalidad, los ataques de pánico se asocian con una mayor gravedad de los síntomas, mayores tasas de comorbilidad, y peor respuesta al tratamiento. Los ataques de pánico recurrentes, en particular, se asocian con mayores probabilidades de sufrir muchos diagnósticos de salud mental. Además, los ataques de pánico más graves se asocian con una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno de pánico y una variedad de otras afecciones de salud mental, así como una mayor persistencia de la enfermedad mental y un funcionamiento deficiente. Además, los ataques de pánico que presentan todos los síntomas suelen asociarse con una mayor morbilidad (p. ej., mayor utilización de la atención sanitaria, más discapacidad, peor calidad de vida) que los ataques de síntomas limitados.

Diagnóstico diferencial

Otros episodios paroxísticos (p. ej., “ataques de ira”). Los ataques de pánico no deben diagnosticarse si los episodios no implican la característica esencial de una oleada abrupta de miedo intenso o malestar intenso, sino más bien otros estados emocionales (p. ej., ira, pena).

Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica. Las afecciones médicas que pueden causar o diagnosticarse erróneamente como ataques de pánico incluyen hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, disfunciones vestibulares, trastornos convulsivos y afecciones cardiopulmonares (p. ej., arritmias, taquicardia supraventricular, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Las pruebas de laboratorio apropiadas (p. ej., niveles de calcio sérico para hiperparatiroidismo; monitor Holter para arritmias) o exámenes físicos (p. ej., para afecciones cardíacas) pueden ser útiles para determinar el papel etiológico de otra afección médica.

Machine Translated by Google

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. La intoxicación con estimulantes del sistema nervioso central (p. ej., cocaína, sustancias de tipo anfetamínico, cafeína) o cannabis y la abstinencia de depresores del sistema nervioso central (p. ej., alcohol, barbitúricos) pueden precipitar un ataque de pánico. Se debe realizar una historia detallada para determinar si el individuo tuvo ataques de pánico antes del uso excesivo de sustancias. Características como el inicio después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante un ataque de pánico (p. ej., vértigo, pérdida del conocimiento, pérdida del control de la vejiga o los intestinos, dificultad para hablar o amnesia) sugieren la posibilidad de que una afección médica o una sustancia puede estar causando los síntomas del ataque de pánico.

Trastorno de pánico. Los ataques de pánico repetidos e inesperados son necesarios, pero no son suficientes para diagnóstico de trastorno de pánico (es decir, se deben cumplir todos los criterios de diagnóstico para el trastorno de pánico).

Comorbilidad Los ataques de pánico se asocian con una mayor probabilidad de sufrir diversos trastornos mentales comórbidos, incluidos trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos del control de los impulsos y trastornos por uso de sustancias. Los ataques de pánico se asocian con una mayor probabilidad de desarrollar posteriormente trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastorno por consumo de alcohol y posiblemente otros trastornos.

Agorafobia

Criterios de diagnóstico	40,00 francos

A. Miedo o ansiedad marcados ante dos (o más) de las siguientes cinco situaciones:

1. Utilizar el transporte público (por ejemplo, automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (por ejemplo, estacionamientos, mercados, puentes).
3. Estar en lugares cerrados (p. ej., comercios, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar entre una multitud.
5. Estar solo fuera de casa.

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a pensamientos de que escapar podría ser difícil o que podría no haber ayuda disponible en caso de desarrollar síntomas similares al pánico u otros síntomas incapacitantes o vergonzosos (p. ej., miedo a caerse en los ancianos; miedo a incontinencia).

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

D. Las situaciones agorafóbicas que se evitan activamente, requieren la presencia de un compañero, o se soportan con miedo o ansiedad intensos.

E. El miedo o la ansiedad no guarda proporción con el peligro real que representa el situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes y generalmente duran 6 meses o

Machine Translated by Google

más.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. Si hay otra afección médica (p. ej., enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación son claramente excesivos.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a una fobia específica, de tipo situacional; no involucre sólo situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están relacionados exclusivamente con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos percibidos o fallas en la apariencia física (como en el trastorno dismórfico corporal), recordatorios de eventos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en trastorno de ansiedad por separación).

Nota: La agorafobia se diagnostica independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación de un individuo cumple con los criterios de trastorno de pánico y agorafobia, se deben asignar ambos diagnósticos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la agorafobia es un miedo o ansiedad marcados desencadenados por la exposición real o anticipada a una amplia gama de situaciones (Criterio A). El diagnóstico requiere la confirmación de los síntomas que ocurren en al menos dos de las cinco situaciones siguientes: 1) uso de transporte público, como automóviles, autobuses, trenes, barcos o aviones; 2) estar en espacios abiertos, como estacionamientos, mercados o puentes; 3) estar en espacios cerrados, como comercios, teatros o cines; 4) hacer cola o estar entre una multitud; o 5) estar solo fuera del hogar. Los ejemplos para cada situación no son exhaustivos; se pueden temer otras situaciones. Cuando experimentan miedo y ansiedad provocados por tales situaciones, los individuos suelen tener pensamientos de que algo terrible podría suceder (Criterio B). Los individuos frecuentemente creen que escapar de tales situaciones podría ser difícil (p. ej., “no puedo salir de aquí”) o que podría no haber ayuda disponible (p. ej., “no hay nadie que me ayude”) cuando presentan síntomas similares al pánico u otros síntomas incapacitantes. o se presentan síntomas vergonzosos. Los “síntomas similares al pánico” se refieren a cualquiera de los 13 síntomas incluidos en los criterios para un ataque de pánico, como mareos, desmayos y miedo a m “Otros síntomas incapacitantes o vergonzosos” incluyen

síntomas como vómitos y síntomas inflamatorios intestinales, así como, en adultos mayores, miedo a caerse o, en niños, sensación de desorientación y pérdida.

La cantidad de miedo experimentado puede variar con la proximidad a la situación temida y puede ocurrir en anticipación o en presencia real de la situación agorafóbica. Además, el miedo o la ansiedad pueden adoptar la forma de un ataque de pánico con síntomas completos o limitados (es decir, un ataque de pánico esperado). El miedo o la ansiedad se evocan casi cada vez que el individuo entra en contacto con la situación temida (Criterio C). Por lo tanto, un individuo que se vuelve ansioso sólo ocasionalmente en una situación agorafóbica (p. ej., se vuelve ansioso al hacer cola sólo en una de cada cinco ocasiones) no sería diagnosticado con agorafobia. El individuo evita activamente

Machine Translated by Google

situación, requiere la presencia de un compañero o, si él o ella no puede o decide no evitarlo, la situación evoca miedo o ansiedad intensos (Criterio D). La evitación activa significa que el individuo se comporta actualmente de maneras diseñadas intencionalmente para prevenir o minimizar el contacto con situaciones agorafóbicas. La evitación puede ser de naturaleza conductual (p. ej., cambiar las rutinas diarias, elegir un trabajo cercano para evitar usar el transporte público, organizar la entrega de alimentos para evitar entrar a tiendas y supermercados), así como cognitiva (p. ej., usar la distracción para superar situaciones agorafóbicas). La evitación puede llegar a ser tan grave que el individuo quede completamente confinado en su hogar. A menudo, una persona está en mejores condiciones de afrontar una situación temida cuando está acompañada de un compañero, como una pareja, un amigo o un profesional de la salud. Además, el individuo puede emplear comportamientos de seguridad (p. ej., sentarse cerca de las salidas cuando toma el transporte público o va al cine) para soportar mejor dichas situaciones.

El miedo, la ansiedad o la evitación deben ser desproporcionados con el peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y con el contexto sociocultural (Criterio E). Diferenciar los miedos agorafóbicos desproporcionados y clínicamente significativos de los miedos razonables (p. ej., no querer salir de casa durante una fuerte tormenta) o de situaciones que se consideran peligrosas (p. ej., caminar en un estacionamiento o usar el transporte público en una zona de alta criminalidad) es importante por varias razones. En primer lugar, puede ser difícil juzgar qué constituye evitación en diferentes culturas y contextos socioculturales (por ejemplo, es socioculturalmente apropiado que las mujeres musulmanas ortodoxas en ciertas partes del mundo eviten salir solas de casa y, por lo tanto, dicha evitación no se consideraría indicativa de agorafobia).). En segundo lugar, es probable que los adultos mayores atribuyan en exceso sus miedos a limitaciones relacionadas con la edad y es menos probable que juzguen sus miedos como desproporcionados con el riesgo real. En tercer lugar, es probable que las personas con agorafobia sobreestimen el peligro en relación con síntomas similares al pánico u otros síntomas corporales. La agorafobia debe diagnosticarse sólo si el miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes (Criterio F) y si causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio G). La duración de “normalmente dura 6 meses o más” pretende excluir a personas con problemas transitorios y de corta duración.

Funciones asociadas

En sus formas más graves, la agorafobia puede hacer que las personas queden completamente confinadas en sus hogares, incapaces de salir de su hogar y dependientes de otros para obtener servicios o asistencia para cubrir incluso las necesidades básicas. Son comunes la desmoralización y los síntomas depresivos, así como el abuso de alcohol y medicamentos sedantes como estrategias inapropiadas de automedicación.

Predominio

Cada año, aproximadamente entre el 1% y el 1,7% de los adolescentes y adultos de todo el mundo presentan síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico de agorafobia. Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de sufrir agorafobia. La agorafobia puede ocurrir en la infancia, pero la incidencia alcanza su punto máximo al final de la adolescencia y principios de la edad adulta. Los estudios han demostrado que la prevalencia de 12 meses en personas mayores de 65 años que viven en los Estados Unidos es del 0,4% y del 0,5% entre personas mayores de 55 años en Europa y América del Norte. Aproximadamente entre el 0,2% y el 0,8% de

Machine Translated by Google

la población adulta en varios países tiene un diagnóstico de agorafobia en los últimos 12 meses sin trastorno de pánico.

Desarrollo y curso El porcentaje de

individuos con agorafobia que reportan ataques de pánico o trastorno de pánico que preceden al inicio de la agorafobia varía desde el 30% en muestras comunitarias hasta más del 50% en muestras clínicas.

En dos tercios de todos los casos de agorafobia, el inicio inicial es antes de los 35 años, siendo la edad promedio de inicio a los 21 años, aunque la edad de inicio de la agorafobia sin ataques de pánico o trastorno de pánico previos es de 25 a 29 años. La primera aparición en la infancia es rara. Existe un riesgo de incidencia sustancial en la adolescencia y la edad adulta temprana, con indicaciones para una segunda fase de riesgo de alta incidencia después de los 40 años. Aproximadamente el 10% de los adultos mayores con agorafobia informaron que su primer episodio de agorafobia ocurrió después de los 65 años.

El curso de la agorafobia suele ser persistente y crónico. La remisión completa es rara (10%), a menos que se trate la agorafobia. Las personas con trastorno de pánico comórbido y agorafobia tienen más probabilidades de experimentar recurrencia de los síntomas después de un período de remisión si tuvieron un inicio más temprano (< 20 años). Con una agorafobia más grave, las tasas de remisión total disminuyen, mientras que las tasas de recaída y cronicidad aumentan. Aproximadamente el 36% de las personas con agorafobia que logran la remisión eventualmente experimentan una recaída. Una variedad de otros trastornos, en particular otros trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos por uso de sustancias y trastornos de la personalidad, pueden complicar el curso de la agorafobia. El curso a largo plazo y el resultado de la agorafobia se asocian con un riesgo sustancialmente elevado de trastorno depresivo mayor secundario, trastorno depresivo persistente y trastornos por uso de sustancias.

Las características clínicas de la agorafobia son relativamente consistentes a lo largo de la vida, aunque el tipo de situaciones agorafóbicas que desencadenan miedo, ansiedad o evitación, así como el tipo de cogniciones, pueden variar. Por ejemplo, en los niños, estar solo fuera de casa es la situación más temida, mientras que en los adultos mayores lo más temido es estar en tiendas, hacer cola y estar en espacios abiertos. Además, las cogniciones a menudo se refieren a perderse (en niños), a experimentar síntomas similares al pánico (en adultos), a caer (en adultos mayores).

La aparente baja prevalencia de la agorafobia en los niños podría reflejar dificultades en la notificación de los síntomas y, por lo tanto, las evaluaciones en niños pequeños pueden requerir la solicitud de información de múltiples fuentes, incluidos padres o maestros. Los adolescentes, en particular los varones, pueden estar menos dispuestos que los adultos a hablar abiertamente de los miedos y la evitación agorafóbica; sin embargo, la agorafobia puede ocurrir antes de la edad adulta y debe evaluarse en niños y adolescentes. En los adultos mayores, los individuos mencionan con frecuencia el trastorno de síntomas somáticos comórbidos, las complicaciones médicas y los trastornos motores (p. ej., sensación de caída) como motivos de su miedo y evitación. En estos casos, se debe tener cuidado al evaluar si el miedo y la evitación están desproporcionados con el peligro real involucrado.

Factores de Riesgo y Pronóstico Temperamental.

La inhibición conductual, la afectividad negativa (neuroticismo), la sensibilidad a la ansiedad y el rasgo de ansiedad están estrechamente asociados con la agorafobia, pero son relevantes para la mayoría de los trastornos de ansiedad (fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada). La sensibilidad a la ansiedad (la disposición a creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales) también es característica

Machine Translated by Google

de personas con agorafobia.

Ambiental. Los acontecimientos negativos de la infancia (p. ej., separación, muerte de los padres) y otros acontecimientos estresantes, como ser atacado o asaltado, se asocian con la aparición de la agorafobia. Además, las personas con agorafobia describen el clima familiar y el comportamiento de crianza de los hijos como caracterizados por una calidez reducida y una mayor sobreprotección.

Genético y fisiológico. La heredabilidad de la agorafobia es del 61%. De las diversas fobias, la agorafobia tiene la asociación más fuerte y específica con el factor genético que representa la propensión a las fobias. Los antecedentes familiares de trastornos de ansiedad se asocian con una edad más temprana de inicio de la agorafobia (<27 años), y los antecedentes familiares de trastorno de pánico en particular se asocian con la agorafobia.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Las mujeres tienen diferentes patrones de trastornos comórbidos que los hombres. De acuerdo con las diferencias de género en la prevalencia de trastornos mentales, los hombres tienen tasas más altas de trastornos comórbidos por uso de sustancias.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Aproximadamente el 15% de las personas con agorafobia informan pensamientos o comportamientos suicidas. Para las personas con trastorno de pánico, los síntomas de agorafobia pueden ser un factor de riesgo de pensamientos suicidas.

Consecuencias funcionales de la agorafobia Como la mayoría de los otros trastornos de ansiedad, la agorafobia se asocia con un deterioro y una discapacidad considerables en términos de funcionamiento de roles, productividad laboral y días de incapacidad. La gravedad de la agorafobia es un fuerte determinante del grado de discapacidad, independientemente de la presencia de trastorno de pánico comórbido, ataques de pánico y otras condiciones comórbidas. Las personas con agorafobia pueden quedarse completamente confinadas en casa o no poder trabajar. Las personas con trastorno de pánico con agorafobia que tienen un inicio temprano (<20 años) tienen menos probabilidades de estar casados.

Diagnóstico diferencial Fobia específica, tipo situacional. Diferenciar la agorafobia de la fobia situacional específica puede resultar un desafío en algunos casos, porque estas afecciones comparten varias características y criterios sintomáticos. Se debe diagnosticar fobia específica, de tipo situacional, frente a agorafobia si el miedo, la ansiedad o la evitación se limitan a una de las situaciones agorafóbicas. Existir miedos de dos o más de las situaciones agorafóbicas es un medio sólido para diferenciar la agorafobia de fobias específicas, particularmente el subtipo situacional. Las características diferenciadoras adicionales incluyen el contenido de las cogniciones del individuo. Por lo tanto, si se teme la situación por razones distintas a los síntomas de pánico u otros síntomas incapacitantes o vergonzosos (por ejemplo, temores de ser perjudicados directamente por la situación misma, como el miedo a que el avión se estrelle para las personas que temen

Machine Translated by Google

volar), entonces un diagnóstico de fobia específica puede ser más apropiado.

Trastorno de ansiedad por separación. El trastorno de ansiedad por separación se puede diferenciar mejor de la agorafobia examinando las cogniciones del individuo. En el trastorno de ansiedad por separación, los pensamientos giran en torno al desapego de otras personas significativas y del entorno familiar (es decir, de los padres u otras figuras de apego), mientras que en la agorafobia la atención se centra en síntomas similares al pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos en las situaciones temidas.

Desorden de ansiedad social. La agorafobia debe diferenciarse del trastorno de ansiedad social basándose principalmente en los grupos situacionales que desencadenan el miedo, la ansiedad o la evitación y las cogniciones del individuo. En el trastorno de ansiedad social, la atención se centra en el miedo a ser evaluado negativamente.

Trastorno de pánico. Cuando se cumplen los criterios del trastorno de pánico, no se debe diagnosticar la agorafobia si las conductas de evitación asociadas con los ataques de pánico no se extienden a la evitación de dos o más situaciones agorafóbicas.

Trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático. El trastorno de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se pueden diferenciar de la agorafobia examinando si el miedo, la ansiedad o la evitación están relacionados únicamente con situaciones que le recuerdan al individuo un evento traumático.
Si el miedo, la ansiedad o la evitación se limitan a recordatorios del trauma y si la conducta de evitación no se extiende a dos o más situaciones agorafóbicas, entonces no se justifica un diagnóstico de agorafobia.

Trastorno depresivo mayor. En el trastorno depresivo mayor, el individuo puede evitar salir de casa debido a apatía, pérdida de energía, baja autoestima y anhedonia. Si la evitación no está relacionada con temores de pánico u otros síntomas incapacitantes o vergonzosos, entonces no se debe diagnosticar la agorafobia.

Evitación relacionada con otras condiciones médicas. Los individuos con ciertas condiciones médicas pueden evitar situaciones debido a preocupaciones realistas sobre estar incapacitados (p. ej., desmayos en un individuo con ataques isquémicos transitorios) o sentirse avergonzados (p. ej., diarrea en un individuo con enfermedad de Crohn). El diagnóstico de agorafobia debe darse sólo cuando el miedo o la evitación exceden claramente lo que suele asociarse con estas afecciones médicas.

Comorbilidad

Alrededor del 90% de las personas con agorafobia también tienen otros trastornos mentales. Los diagnósticos adicionales más frecuentes son otros trastornos de ansiedad (p. ej., fobias específicas, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social), trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor), trastorno de estrés postraumático y trastorno por consumo de alcohol. Mientras que otros trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de ansiedad por separación, fobias específicas, trastorno de pánico) preceden con frecuencia al inicio de la agorafobia, los trastornos depresivos y los trastornos por uso de sustancias suelen aparecer como consecuencia de la agorafobia. En algunos individuos, un trastorno por uso de sustancias precede a la agorafobia. Las personas con agorafobia comórbida y trastorno depresivo mayor tienden a tener un curso de agorafobia más resistente al tratamiento en comparación con las personas con agorafobia sola.

Machine Translated by Google

Criterios de diagnóstico	F41.1

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva), que ocurren la mayoría de los días durante al menos 6 meses, sobre una serie de eventos o actividades (como el desempeño laboral o escolar).

B. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación están asociadas con tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos de los síntomas han estado presentes durante más días de los que no estuvieron presentes durante los

últimos 6 meses): Nota: En niños solo se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de excitación o nerviosismo.
2. Fatigarse fácilmente.
3. Dificultad para concentrarse o mente quedándose en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Alteración del sueño (dificultad para conciliar o permanecer dormido, o inquietud, sensación de insatisfacción). dormir).

D. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación por tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, evaluación negativa en el trastorno de ansiedad social, contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de figuras de apego en la ansiedad por separación trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o desorden delirante).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva) sobre una serie de eventos o actividades. La intensidad, duración o

Machine Translated by Google

La frecuencia de la ansiedad y la preocupación no guarda proporción con la probabilidad o el impacto real del evento anticipado. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación y evitar que los pensamientos preocupantes interfieran con la atención a las tareas que tiene entre manos. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada a menudo se preocupan por circunstancias cotidianas y rutinarias de la vida, como posibles responsabilidades laborales, salud y finanzas, la salud de los miembros de la familia, desgracias para sus hijos o asuntos menores (p. ej., hacer las tareas del hogar o llegar tarde a las citas). . Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse excesivamente por su competencia o la calidad de su desempeño. Durante el curso del trastorno, el foco de preocupación puede pasar de una preocupación a otra.

Varias características distinguen el trastorno de ansiedad generalizada de la ansiedad no patológica. En primer lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son excesivas y normalmente interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial, mientras que las preocupaciones de la vida cotidiana no son excesivas y se perciben como más manejables y pueden posponerse cuando surgen asuntos más urgentes. En segundo lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son más generalizadas, pronunciadas y angustiosas; tener mayor duración; y frecuentemente ocurren sin precipitantes.
Cuanto mayor sea el rango de circunstancias de la vida que preocupan a una persona (p. ej., finanzas, seguridad de los niños, desempeño laboral), más probable es que sus síntomas cumplan con los criterios del trastorno de ansiedad generalizada. En tercer lugar, es mucho menos probable que las preocupaciones cotidianas vayan acompañadas de síntomas físicos (p. ej., inquietud o sensación de excitación o nerviosismo). Las personas con trastorno de ansiedad generalizada informan angustia subjetiva como resultado de la preocupación constante y el deterioro relacionado en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

La ansiedad y la preocupación van acompañadas de al menos tres de los siguientes síntomas adicionales: inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatigarse fácilmente, dificultad para concentrarse o quedarse en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño, aunque solo hay un síntoma adicional. es necesario en los niños.

Funciones asociadas

Asociado con la tensión muscular, puede haber temblores, espasmos, sensación de temblores y dolores o molestias musculares. Muchos individuos con trastorno de ansiedad generalizada también experimentan síntomas somáticos (p. ej., sudoración, náuseas, diarrea) y una respuesta de sobresalto exagerada. Los síntomas de hiperactivación autónoma (p. ej., frecuencia cardíaca acelerada, dificultad para respirar, mareos) son menos prominentes en el trastorno de ansiedad generalizada que en otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico.
Otras afecciones que pueden estar asociadas con el estrés (p. ej., síndrome del intestino irritable, dolores de cabeza) acompañan con frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada.

Predominio

La prevalencia a 12 meses del trastorno de ansiedad generalizada es del 0,9% entre los adolescentes y del 2,9% entre los adultos en la comunidad general de los Estados Unidos. La media de 12 meses

La prevalencia del trastorno en todo el mundo es del 1,3%, con un rango del 0,2% al 4,3%. El riesgo morboso de por vida en los Estados Unidos es del 9,0%. Las mujeres y las adolescentes tienen al menos el doble de probabilidades que los hombres y los adolescentes de experimentar un trastorno de ansiedad generalizada. Los 12 meses

Machine Translated by Google

La prevalencia en adultos mayores, incluidas personas de 75 años o más, oscila entre el 2,8% y el 3,1% en los Estados Unidos, Israel y los países europeos.

Las personas de ascendencia europea tienden a tener síntomas que cumplen con los criterios del trastorno de ansiedad generalizada con más frecuencia que las personas de ascendencia asiática y africana. Además, las personas de países de ingresos altos tienen más probabilidades que las personas de países de ingresos bajos y medios de informar que han experimentado síntomas que cumplen con los criterios del trastorno de ansiedad generalizada a lo largo de su vida.

Desarrollo y evolución Muchas personas con trastorno de ansiedad generalizada informan que se han sentido ansiosas y nerviosas toda su vida. La edad media de aparición del trastorno de ansiedad generalizada en América del Norte es 35 años, más tarde que la de otros trastornos de ansiedad; el trastorno rara vez ocurre antes de la adolescencia. Sin embargo, la edad de inicio se distribuye en un rango muy amplio y tiende a ser mayor en los países de bajos ingresos de todo el mundo. Los síntomas de preocupación y ansiedad excesivas pueden aparecer temprano en la vida, pero luego se manifiestan como un temperamento ansioso. Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada tienden a ser crónicos y aumentan y disminuyen a lo largo de la vida, fluctuando entre formas sindrómicas y subsindrómicas del trastorno. La evolución es más persistente en los países de bajos ingresos, pero el deterioro tiende a ser mayor en los países de altos ingresos. Las tasas de remisión total son muy bajas.

Cuanto más temprano en la vida los individuos tienen síntomas que cumplen con los criterios del trastorno de ansiedad generalizada, más comorbilidad y deterioro tienden a tener. Los adultos más jóvenes experimentan una mayor gravedad de los síntomas que los adultos mayores.

La expresión clínica del trastorno de ansiedad generalizada es relativamente constante a lo largo de la vida. La principal diferencia entre los grupos de edad está en el contenido de la preocupación del individuo; por tanto, el contenido de la preocupación de un individuo tiende a ser apropiado para su edad.

En niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada, las ansiedades y preocupaciones a menudo se refieren a la calidad de su desempeño o competencia en la escuela o en eventos deportivos, incluso cuando otros no evalúan su desempeño. Puede haber preocupaciones excesivas sobre la puntualidad. También pueden preocuparse por acontecimientos catastróficos, como terremotos o guerras nucleares.
Los niños con este trastorno pueden ser demasiado conformistas, perfeccionistas e inseguros de sí mismos y pueden tender a rehacer las tareas debido a una insatisfacción excesiva con un desempeño que no es perfecto. Pueden ser demasiado entusiastas al buscar tranquilidad y aprobación y requerir excesiva tranquilidad sobre su desempeño y otras cosas que les preocupan.

En las personas mayores, la aparición de enfermedades físicas crónicas puede ser un factor importante de preocupación excesiva. En los ancianos frágiles, las preocupaciones por la seguridad (y especialmente por las caídas) pueden limitar sus actividades.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. La inhibición conductual, la afectividad negativa (neuroticismo), la evitación de daños, la dependencia de la recompensa y el sesgo de atención ante la amenaza se han asociado con el trastorno de ansiedad generalizada.

Ambiental. Adversidades infantiles y prácticas parentales (p. ej., sobreprotección, sobrecontrol, refuerzo de la evitación) se han asociado con el trastorno de ansiedad generalizada.

Machine Translated by Google

Genético y fisiológico. Un tercio del riesgo de sufrir un trastorno de ansiedad generalizada es genético, y estos factores genéticos se superponen con el riesgo de afectividad negativa (neuroticismo) y se comparten con otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, en particular el trastorno depresivo mayor.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Existe una variación cultural considerable en la expresión del trastorno de ansiedad generalizada. Por ejemplo, en algunos contextos culturales, los síntomas somáticos predominan en la expresión del trastorno, mientras que en otros contextos culturales tienden a predominar los síntomas cognitivos. Esta diferencia puede ser más evidente en la presentación inicial que posteriormente, ya que con el tiempo se informan más síntomas. No hay información sobre si la propensión a preocuparse excesivamente está relacionada con el entorno cultural, aunque el tema que preocupa puede ser culturalmente específico. Es importante considerar el contexto social y cultural al evaluar si las preocupaciones sobre determinadas situaciones son excesivas. En Estados Unidos, una mayor prevalencia se asocia con la exposición al racismo y la discriminación étnica y, en el caso de algunos grupos etnoraciales, con haber nacido en Estados Unidos.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

En entornos clínicos, el trastorno de ansiedad generalizada se diagnostica con algo más de frecuencia en mujeres que en hombres (alrededor del 55% al 60% de los que presentan el trastorno son mujeres). En los estudios epidemiológicos, aproximadamente dos tercios son mujeres. Las mujeres y los hombres que experimentan un trastorno de ansiedad generalizada parecen tener síntomas similares pero demuestran diferentes patrones de comorbilidad consistentes con las diferencias de género en la prevalencia de los trastornos. En las mujeres, la comorbilidad se limita en gran medida a los trastornos de ansiedad y la depresión unipolar, mientras que en los hombres es más probable que la comorbilidad se extienda también a los trastornos por uso de sustancias.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

El trastorno de ansiedad generalizada se asocia con un aumento de pensamientos y conductas suicidas, incluso después de realizar ajustes por trastornos comórbidos y acontecimientos vitales estresantes. Los estudios de autopsias psicológicas muestran que el trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad más frecuente diagnosticado en los suicidios. Tanto el trastorno de ansiedad generalizada subumbral como el umbral que se produjeron en el último año pueden estar asociados con pensamientos suicidas.

Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad generalizada

La preocupación excesiva perjudica la capacidad del individuo para hacer las cosas de forma rápida y eficiente, ya sea en casa o en el trabajo. La preocupación requiere tiempo y energía; Los síntomas asociados de tensión muscular y sensación de excitación o nerviosismo, cansancio, dificultad para concentrarse y alteraciones del sueño contribuyen al deterioro. Es importante destacar que la preocupación excesiva puede afectar la capacidad de las personas con trastorno de ansiedad generalizada para fomentar la confianza en sus hijos.

El trastorno de ansiedad generalizada se asocia con una discapacidad y una angustia significativas que son independientes de los trastornos comórbidos, y la mayoría de los adultos no institucionalizados que padecen el trastorno tienen una discapacidad de moderada a grave. El trastorno de ansiedad generalizada supone 110 millones

Machine Translated by Google

Días de incapacidad por año en la población de EE. UU. El trastorno de ansiedad generalizada también está relacionado con un menor rendimiento laboral, un mayor uso de recursos médicos y un mayor riesgo de morbilidad coronaria.

Diagnóstico diferencial Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica. El diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica debe asignarse si se considera que la ansiedad y la preocupación del individuo, basándose en la historia, los hallazgos de laboratorio o el examen físico, son un efecto fisiológico de otra afección médica específica (p. ej., feocromocitoma, hipertiroidismo). .

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. Un trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos se distingue del trastorno de ansiedad generalizada por el hecho de que se considera que una sustancia o medicamento (p. ej., una droga de abuso, exposición a una toxina) está etiológicamente relacionado con la ansiedad. Por ejemplo, la ansiedad grave que se produce sólo en el contexto de un consumo excesivo de café se diagnosticaría como trastorno de ansiedad inducido por la cafeína.

Desorden de ansiedad social. Las personas con trastorno de ansiedad social a menudo tienen ansiedad anticipatoria que se centra en situaciones sociales futuras en las que deben actuar o ser evaluados por otros, mientras que las personas con trastorno de ansiedad generalizada se preocupan, estén o no siendo evaluados.

Trastorno de ansiedad por separación. Las personas con trastorno de ansiedad por separación se preocupan excesivamente sólo por la separación de las figuras de apego, mientras que las personas con trastorno de ansiedad generalizada pueden preocuparse por la separación, pero también presentan otras preocupaciones excesivas.

Trastorno de pánico. Los ataques de pánico desencadenados por la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada no calificarían como trastorno de pánico. Sin embargo, si el individuo también experimenta ataques de pánico inesperados y muestra preocupación y preocupación persistentes o cambios de comportamiento debido a los ataques, entonces se debe considerar un diagnóstico adicional de trastorno de pánico.

Trastorno de ansiedad por enfermedad y trastorno de síntomas somáticos. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada se preocupan por múltiples eventos, situaciones o actividades, de las cuales sólo una puede afectar su salud.
Si el único temor del individuo es su propia enfermedad, entonces se debe diagnosticar un trastorno de ansiedad por enfermedad. La preocupación por centrarse en los síntomas somáticos es característica del trastorno de síntomas somáticos.

Trastorno obsesivo compulsivo. Varias características distinguen la preocupación excesiva del trastorno de ansiedad generalizada de los pensamientos obsesivos del trastorno obsesivo-compulsivo. En el trastorno de ansiedad generalizada, la preocupación se centra en los problemas futuros, y lo anormal es la preocupación excesiva por acontecimientos futuros. En el trastorno obsesivo-compulsivo, las obsesiones son ideas inapropiadas que toman la forma de pensamientos, impulsos o imágenes intrusivos y no deseados.

Trastorno de estrés postraumático y trastornos de adaptación. en el trastorno de estrés postraumático. El trastorno de La ansiedad es invariablemente presente ansiedad generalizada no se diagnostica si la ansiedad y la preocupación se explican mejor por los síntomas del trastorno de estrés postraumático. Aunque la ansiedad puede manifestarse en un trastorno de adaptación, esta categoría residual debe usarse sólo cuando no se cumplen los criterios de ningún otro trastorno mental (incluido el trastorno de ansiedad generalizada). Además, en

Machine Translated by Google

En los trastornos de adaptación, la ansiedad ocurre en respuesta a un factor estresante identificable dentro de los 3 meses siguientes a la aparición del factor estresante y no persiste durante más de 6 meses después de la terminación del factor estresante o de sus consecuencias.

Trastornos depresivos, bipolares y psicóticos. Aunque la ansiedad/preocupación generalizada es una característica asociada común de los trastornos depresivos, bipolares y psicóticos, el trastorno de ansiedad generalizada puede diagnosticarse comorbilidadmente si la ansiedad/preocupación es lo suficientemente grave como para justificar atención clínica.

Comorbilidad Los

individuos cuya presentación cumple con los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada probablemente hayan cumplido, o cumplan actualmente, los criterios para otros trastornos de ansiedad y depresivos unipolares. La afectividad negativa (neuroticismo) o la responsabilidad emocional que sustenta este patrón de comorbilidad se asocia con antecedentes temperamentales y factores de riesgo genéticos y ambientales compartidos entre estos trastornos, aunque también son posibles vías independientes. La comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias, conducta, psicóticos, del neurodesarrollo y neurocognitivos es menor común.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos

Criterios de diagnóstico

R. En el cuadro clínico predominan los ataques de pánico o ansiedad.

B. Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de (1) y (2): 1. Los síntomas del Criterio A se

desarrollaron durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición o la abstinencia de un medicamento. .

2. La sustancia/medicamento involucrado es capaz de producir los síntomas en Criterio A.

C. La alteración no se explica mejor por un trastorno de ansiedad que no sea inducido por sustancias o medicamentos. Dicha evidencia de un trastorno de ansiedad independiente podría incluir lo siguiente:

Los síntomas preceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período de tiempo sustancial (p. ej., aproximadamente 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o de la intoxicación grave; o hay otra evidencia que sugiere la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias o medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias o medicamentos).

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

Machine Translated by Google

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en las relaciones sociales,
ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento.

Nota: Este diagnóstico debe realizarse en lugar de un diagnóstico de sustancia.
intoxicación o abstinencia de sustancias sólo cuando los síntomas del Criterio A
predominan en el cuadro clínico y son lo suficientemente graves como para justificar
atención.

Nota de codificación: La CIE-10-MC codifica la enfermedad inducida por [sustancia/medicamento específico].
Los trastornos de ansiedad se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM
depende de si existe o no un trastorno comórbido por uso de sustancias presente durante
la misma clase de sustancia. En cualquier caso, un diagnóstico adicional por separado de un
No se da el trastorno por uso de sustancias. Si un trastorno leve por uso de sustancias es comórbido
con el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es “1” y
el médico debe registrar el “trastorno leve por consumo de [sustancias]” antes del trastorno de ansiedad inducido por
sustancias (p. ej., “trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno inducido por cocaína”).
trastorno de ansiedad”). Si un trastorno por uso de sustancias moderado o grave tiene comorbilidad con
el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es “2” y el
El médico debe registrar “trastorno por consumo de [sustancias] moderado” o “trastorno por consumo de [sustancias] grave”.
trastorno por consumo de sustancias”, dependiendo de la gravedad del trastorno comórbido por consumo de sustancias. Si
no hay ningún trastorno comórbido por uso de sustancias (p. ej., después de un uso intenso de una sola vez)
sustancia), entonces el carácter de la cuarta posición es “9” y el médico debe registrar
sólo el trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

	CIE-10-CM		
	Con uso suave trastorno	Con moderada o trastorno de consumo severo	Sin uso trastorno
Alcohol	F10.180	F10.280	F10.980
Cafeína	N / A	N / A	F15.980
Canabis	F12.180	F12.280	F12.980
fenciclidina	F16.180	F16.280	F16.980
Otro alucinógeno	F16.180	F16.280	F16.980
Inhalador	F18.180	F18.280	F18.980
opioide	F11.188	F11.288	F11.988
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.	F13.180	F13.280	F13.980
Sustancia tipo anfetamina (u otra estimulante)	F15.180	F15.280	F15.980
Cocaína	F14.180	F14.280	F14.980
Otra sustancia (o desconocida)	F19.180	F19.280	F19.980

Especifique (consulte la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias”)
que indica si “con inicio durante la intoxicación” y/o “con inicio durante la intoxicación”
abstinencia” se aplica a una determinada clase de sustancia; o especificar “con inicio después
uso de medicamentos”):

Con inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios para la intoxicación con el

Machine Translated by Google

sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas se desarrollan durante o poco después de la abstinencia.

Con inicio después del uso de medicamentos: si los síntomas se desarrollaron al inicio de la medicación, con un cambio en el uso de la medicación o durante la retirada de la medicación.

Procedimientos de registro

El nombre del trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicamento comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, salbutamol) que se presume está causando los síntomas de ansiedad. El código de diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de fármaco y la presencia o ausencia de un trastorno comórbido por uso de sustancias. Para sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., salbutamol), se debe utilizar el código para "otra sustancia (o sustancia desconocida)"; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, también se deberá utilizar el mismo código.

Para registrar el nombre del trastorno, se enumera primero el trastorno comórbido por uso de sustancias (si lo hay), seguido de "con trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos" (que incorpora el nombre de la sustancia o medicamento etiológico específico), seguido de la especificación. de inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, inicio después del uso de medicamentos). Por ejemplo, en el caso de síntomas de ansiedad que ocurren durante la abstinencia en un hombre con un trastorno grave por consumo de lorazepam, el diagnóstico es F13.280 trastorno grave por consumo de lorazepam con trastorno de ansiedad inducido por lorazepam, que comienza durante la abstinencia. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno comórbido grave por consumo de lorazepam. Si el trastorno de ansiedad inducido por sustancias ocurre sin un trastorno comórbido por uso de sustancias (p. ej., después de una única

uso intensivo de la sustancia), no se observa ningún trastorno por uso de sustancias que lo acompañe (p. ej., F16.980 trastorno de ansiedad inducido por psilocibina, que comienza durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia desempeña un papel importante en el desarrollo de los síntomas de ansiedad, cada una debe enumerarse por separado (p. ej., F15.280 trastorno grave por consumo de metilfenidato con trastorno de ansiedad inducido por metilfenidato, que comienza durante una intoxicación; F19.980 salbutamol -trastorno de ansiedad inducido, que comienza tras el uso de medicamentos).

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos son síntomas prominentes de pánico o ansiedad (Criterio A) que se consideran debidos a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o una toxina). exposición). Los síntomas de pánico o ansiedad deben haberse desarrollado durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o la abstinencia de un medicamento, y las sustancias o medicamentos deben ser capaces de producir los síntomas (Criterio B2). El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos debido a un tratamiento prescrito para un trastorno mental u otra afección médica debe aparecer mientras el individuo recibe el medicamento (o durante la abstinencia, si la abstinencia está asociada con

Machine Translated by Google

la medicacion). Una vez que se interrumpe el tratamiento, los síntomas de pánico o ansiedad generalmente mejorarán o remitirán en unos días, varias semanas o un mes (dependiendo de la vida media de la sustancia/medicamento y de la presencia de abstinencia). El diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos no debe darse si la aparición de los síntomas de pánico o ansiedad precede a la intoxicación o abstinencia de la sustancia/medicamento, o si los síntomas persisten durante un período de tiempo sustancial (es decir, generalmente más de 1 mes) desde el momento de la intoxicación grave o la abstinencia. Si los síntomas de pánico o ansiedad persisten durante períodos de tiempo considerables, se deben considerar otras causas de los síntomas.

El diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos debe realizarse en lugar de un diagnóstico de intoxicación o abstinencia de sustancias sólo cuando los síntomas del Criterio A sean predominantes en el cuadro clínico y sean lo suficientemente graves como para justificar atención clínica independiente.

Funciones asociadas

El pánico o la ansiedad pueden ocurrir en asociación con la intoxicación con las siguientes clases de sustancias: alcohol, cafeína, cannabis, fenciclidina, otros alucinógenos, inhalantes, estimulantes (incluida la cocaína) y otras sustancias (o desconocidas). El pánico o la ansiedad pueden ocurrir en asociación con la abstinencia de las siguientes clases de sustancias: alcohol; opioides; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes (incluida la cocaína); y otras sustancias (o desconocidas). Algunos medicamentos que provocan síntomas de ansiedad incluyen anestésicos y analgésicos, simpaticomiméticos u otros broncodilatadores, anticolinérgicos, insulina, preparados para la tiroides, anticonceptivos orales, antihistamínicos, medicamentos antiparkinsonianos, corticosteroides, medicamentos antihipertensivos y cardiovasculares, anticonvulsivos, carbonato de litio, medicamentos antipsicóticos y medicamentos antidepresivos. Los metales pesados y las toxinas (p. ej., insecticidas organofosforados, gases nerviosos, monóxido de carbono, CO_2, sustancias volátiles como gasolina y pintura) también pueden causar síntomas de pánico o ansiedad.

Predominio

La prevalencia del trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos no está clara. Los datos de la población general sugieren que puede ser poco común, con una prevalencia de 12 meses en los Estados Unidos de aproximadamente el 0,002%. Sin embargo, en poblaciones clínicas, es probable que la prevalencia sea mayor.

Marcadores de diagnóstico

Las evaluaciones de laboratorio (p. ej., toxicología de la orina) pueden ser útiles para medir la intoxicación por sustancias como parte de una evaluación del trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por sustancias y abstinencia de sustancias.

Los síntomas de ansiedad ocurren comúnmente en la intoxicación y abstinencia de sustancias. El diagnóstico de intoxicación o abstinencia de una sustancia específica suele ser suficiente para clasificar la presentación de los síntomas. Un diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos, ya sea con inicio durante la intoxicación.

Machine Translated by Google

o que comienza durante la abstinencia, en lugar de un diagnóstico de intoxicación o abstinencia de sustancias cuando los síntomas de pánico o ansiedad son predominantes en el cuadro clínico y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica. Por ejemplo, los síntomas de pánico o ansiedad son característicos de la abstinencia de alcohol.

Trastorno de ansiedad independiente (es decir, no inducido por una sustancia o medicamento). Un trastorno de ansiedad independiente que coexiste con el uso de sustancias/medicamentos se distingue de un trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos por el hecho de que, aunque una sustancia/medicamento se puede tomar en cantidades suficientemente altas como para estar posiblemente relacionado etiológicamente con los síntomas de ansiedad, los síntomas de ansiedad se observan en momentos distintos al uso de sustancias/ medicamentos (es decir, antes del inicio del uso de sustancias/medicamentos o persisten durante un período de tiempo sustancial después de la intoxicación de sustancias, la abstinencia de sustancias o el uso de medicamentos) y justificarían el diagnóstico de un trastorno de ansiedad independiente.

Delirio. Si los síntomas de pánico o ansiedad ocurren exclusivamente durante el curso del delirio, son Se considera una característica asociada al delirio y no se diagnostica por separado.

Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica. Si los síntomas de pánico o ansiedad se atribuyen a las consecuencias fisiológicas de otra afección médica (es decir, en lugar de a los medicamentos tomados para la afección médica), se debe diagnosticar un trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. La historia proporciona a menudo la base para tal juicio. En ocasiones, puede ser necesario un cambio en el tratamiento de otra afección médica (p. ej., sustitución o interrupción del medicamento) para determinar si el medicamento es el agente causal (en cuyo caso los síntomas pueden explicarse mejor por la ansiedad inducida por la sustancia o el medicamento). trastorno). Si el trastorno es atribuible tanto a otra afección médica como al uso de sustancias, se pueden dar ambos diagnósticos (es decir, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos). Cuando no hay pruebas suficientes para determinar si los síntomas de pánico o ansiedad son atribuibles a una sustancia/medicamento o a otra afección médica o son primarios (es decir, no atribuibles ni a una sustancia ni a otra afección médica), se debe realizar un diagnóstico de otros síntomas especificados o no. estaría indicado trastorno de ansiedad.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

Criterios de diagnóstico	F06.4

R. En el cuadro clínico predominan los ataques de pánico o ansiedad.

B. Existe evidencia a partir de la anamnesis, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

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

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: incluya el nombre de la otra afección médica dentro del nombre de la

Machine Translated by Google

trastorno mental (p. ej., trastorno de ansiedad F06.4 debido a feocromocitoma). El otro

La condición médica debe codificarse y enumerarse por separado inmediatamente antes del trastorno de ansiedad debido a la condición médica (p. ej., D35.00 feocromocitoma; F06.4 trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica es una ansiedad clínicamente significativa que se considera mejor explicada como un efecto fisiológico de otra afección médica. Los síntomas pueden incluir síntomas de ansiedad prominentes o ataques de pánico (Criterio A). El juicio de que los síntomas se explican mejor por la condición física asociada debe basarse en la evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio (Criterio B).
Además, se debe juzgar que los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio C), en particular el trastorno de adaptación con ansiedad, en el que el factor estresante es la afección médica. En este caso, un individuo con trastorno de adaptación está especialmente angustiado por el significado o las consecuencias de la condición médica asociada. Por el contrario, a menudo hay un componente físico prominente en la ansiedad (p. ej., dificultad para respirar) cuando la ansiedad se debe a otra afección médica. El diagnóstico no se realiza si los síntomas de ansiedad ocurren sólo durante el curso de un delirio (Criterio D). Los síntomas de ansiedad deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio E).

Para determinar si los síntomas de ansiedad son atribuibles a otra afección médica, el médico debe establecer primero la presencia de la afección médica. Además, debe establecerse que los síntomas de ansiedad pueden estar relacionados etiológicamente con la condición médica a través de un mecanismo fisiológico antes de juzgar que ésta es la mejor explicación para los síntomas en un individuo específico. Es necesaria una evaluación cuidadosa y exhaustiva de múltiples factores para emitir este juicio. Se deben considerar varios aspectos de la presentación clínica: 1) la presencia de una asociación temporal clara entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la afección médica y los síntomas de ansiedad; 2) la presencia de características que son atípicas de un trastorno de ansiedad independiente (p. ej., edad atípica de inicio o evolución); y 3) evidencia en la literatura de que un mecanismo fisiológico conocido (p. ej., hipertiroidismo) causa ansiedad. Además, la alteración no debe explicarse mejor por un trastorno de ansiedad independiente, un trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos u otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación).

Se sabe que varias afecciones médicas incluyen la ansiedad como manifestación sintomática. Los ejemplos incluyen enfermedades endocrinas (p. ej., hipertiroidismo, feocromocitoma, hipoglucemia, hiperadrenocortisolismo), trastornos cardiovasculares (p. ej., insuficiencia cardíaca congestiva, embolia pulmonar, arritmia como fibrilación auricular), enfermedades respiratorias (p. ej., enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, neumonía), alteraciones metabólicas (p. ej., deficiencia de vitamina B12 , porfiria) y enfermedades neurológicas (p. ej., neoplasias, disfunción vestibular, encefalitis, trastornos convulsivos).

Machine Translated by Google

Predominio

La prevalencia del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica no está clara. Parece haber una prevalencia elevada de trastornos de ansiedad entre personas con una variedad de afecciones médicas, como asma, hipertensión, úlceras y artritis. Sin embargo, este aumento de prevalencia puede deberse a razones distintas al trastorno de ansiedad que causa directamente la afección médica.

Desarrollo y evolución

El desarrollo y la evolución del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica generalmente siguen el curso de la enfermedad subyacente. Este diagnóstico no pretende incluir los trastornos de ansiedad primarios que surgen en el contexto de una enfermedad médica crónica. Esto es

Es importante tenerlo en cuenta con los adultos mayores, quienes pueden experimentar enfermedades médicas crónicas y luego desarrollar trastornos de ansiedad independientes secundarios a la enfermedad médica crónica.

Marcadores de diagnóstico

Se necesitan evaluaciones de laboratorio y/o exámenes médicos para confirmar el diagnóstico de la afección médica asociada.

Diagnóstico diferencial

Delirio y trastorno neurocognitivo mayor o leve. No se realiza un diagnóstico independiente de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica si el trastorno de ansiedad se produce exclusivamente durante el curso de un delirio. Sin embargo, se puede dar un diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica además de un diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor o leve si se considera que la ansiedad es una consecuencia fisiológica del proceso patológico que causa el trastorno neurocognitivo y si la ansiedad es un factor destacado. parte de la presentación clínica.

Presentación mixta de síntomas (p. ej., estado de ánimo y ansiedad). Si la presentación incluye una mezcla de diferentes tipos de síntomas, el trastorno mental específico debido a otra afección médica depende de qué síntomas predominen en el cuadro clínico.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. Si hay evidencia de uso reciente o prolongado de sustancias (incluidos medicamentos con efectos psicoactivos), abstinencia de una sustancia o exposición a una toxina, se debe considerar un trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos. Se sabe que ciertos medicamentos aumentan la ansiedad (p. ej., corticosteroides, estrógenos, metoclopramida) y, cuando este es el caso, el medicamento puede ser la etiología más probable, aunque puede ser difícil distinguir si la ansiedad es atribuible a los medicamentos o a la enfermedad médica misma. Cuando se realiza un diagnóstico de ansiedad inducida por sustancias en relación con drogas recreativas o no recetadas, puede ser útil obtener una prueba de detección de drogas en orina o sangre u otra evaluación de laboratorio adecuada. Los síntomas que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después del uso de medicamentos pueden ser especialmente indicativos de un trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, según el tipo, la duración o la cantidad de la sustancia consumida. Si la alteración está asociada con otra afección médica y con el uso de sustancias, ambos

Machine Translated by Google

Se pueden realizar diagnósticos (es decir, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos). Características como el inicio después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante un ataque de pánico (p. ej., vértigo, pérdida del conocimiento, pérdida del control de la vejiga o los intestinos, dificultad para hablar, amnesia) sugieren la posibilidad de que otra afección médica o una sustancia pueda estar causando los síntomas del ataque de pánico.

Trastorno de ansiedad (no debido a una condición médica conocida). El trastorno de ansiedad debido a otra afección médica debe distinguirse de otros trastornos de ansiedad (especialmente el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada). En otros trastornos de ansiedad, no se pueden demostrar mecanismos fisiológicos causales específicos y directos asociados con otra afección médica. La edad tardía de inicio, los síntomas atípicos y la ausencia de antecedentes personales o familiares de trastornos de ansiedad sugieren la necesidad de una evaluación exhaustiva para descartar el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. Los trastornos de ansiedad pueden exacerbar o suponer un mayor riesgo de padecer afecciones médicas como eventos cardiovasculares e infarto de miocardio y, en estos casos, no deben diagnosticarse como trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.

Trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad debido a otra afección médica debe distinguirse del trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad por enfermedad se caracteriza por preocupación por la enfermedad, preocupación por el dolor y preocupaciones corporales. En el caso del trastorno de ansiedad por enfermedad, las personas pueden tener o no condiciones médicas diagnosticadas. A pesar de

Es probable que un individuo con trastorno de ansiedad por enfermedad y una afección médica diagnosticada experimente ansiedad por la afección médica; la afección médica no está fisiológicamente relacionada con los síntomas de ansiedad.

Trastornos de adaptación. El trastorno de ansiedad debido a otra afección médica debe distinguirse de los trastornos de adaptación con ansiedad o de los trastornos de adaptación con ansiedad y estado de ánimo deprimido. El trastorno de adaptación está justificado cuando los individuos experimentan una respuesta desadaptativa al estrés de ser diagnosticados o tener que controlar la afección médica. La reacción al estrés suele tener que ver con el significado o las consecuencias de la enfermedad, en contraste con la experiencia de ansiedad o síntomas anímicos que se producen como consecuencia fisiológica de la enfermedad. En el trastorno de adaptación, los síntomas de ansiedad suelen estar relacionados con cómo afrontar el estrés de tener la afección médica, mientras que en el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, es más probable que los individuos tengan síntomas físicos prominentes y se concentren en cuestiones distintas al estrés. de la enfermedad misma.

Otro trastorno de ansiedad especificado

F41.8

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos de ansiedad. , y

Machine Translated by Google

no cumplen los criterios de trastorno de adaptación con ansiedad o trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido. La categoría de otro trastorno de ansiedad específico se utiliza en situaciones en las que el médico decide comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de ningún trastorno de ansiedad específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de ansiedad específico" seguido del motivo específico (por ejemplo, "la ansiedad generalizada ocurre con menos frecuencia que 'más días que no'").

Ejemplos de presentaciones que pueden especificarse utilizando la designación “otro especificado” incluyen los siguientes: 1. Ataques de

síntomas limitados.

2. La ansiedad generalizada ocurre con menos frecuencia que "más días que no".
3. Khyâl cap (ataques de viento): Ver “Cultura y diagnóstico psiquiátrico” en la Sección III.
4. Ataque de nervios : Ver “Cultura y Diagnóstico Psiquiátrico” en la Sección III.

Trastorno de ansiedad no especificado

F41.9

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos de ansiedad. y no cumplen los criterios de trastorno de adaptación con ansiedad o trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido. La categoría de trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide no especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un trastorno de ansiedad específico e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en situaciones de emergencia). configuración de la habitación).

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados

Los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados incluyen el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno dismórfico corporal, el trastorno de acaparamiento, la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo), el trastorno de excoriación (hurgarse la piel), el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias/medicamentos, trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra afección médica, otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado especificado (p. ej., morderse las uñas, morderse los labios, morderse las mejillas, celos obsesivos, trastorno de referencia olfativo [síndrome de referencia olfativo]) y trastorno obsesivo-compulsivo no especificado y trastorno relacionado.

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados, mientras que las compulsiones son conductas o actos mentales repetitivos que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente.
Algunos otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados también se caracterizan por preocupaciones y por conductas o actos mentales repetitivos en respuesta a las preocupaciones. Otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados se caracterizan principalmente por conductas repetitivas recurrentes centradas en el cuerpo (p. ej., arrancarse el cabello, rascarse la piel) e intentos repetidos de disminuir o detener las conductas.

La inclusión de un capítulo sobre trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados en el DSM-5 refleja la creciente evidencia de la relación de estos trastornos entre sí en términos de una variedad de validadores de diagnóstico, así como la utilidad clínica de agrupar estos trastornos en el mismo capítulo. . Se recomienda a los médicos que realicen pruebas de detección de estas afecciones en personas que presenten una de ellas y sean conscientes de las superposiciones entre estas afecciones. Al mismo tiempo, existen diferencias importantes en los validadores de diagnóstico y los enfoques de tratamiento entre estos trastornos.
Además, existen estrechas relaciones entre los trastornos de ansiedad y algunos de los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados (p. ej., TOC), lo que se refleja en la secuencia de los capítulos del DSM-5, con los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados después de los trastornos de ansiedad.

Los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados se diferencian de las preocupaciones y rituales normativos del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de períodos apropiados para el desarrollo. La distinción entre la presencia de síntomas subclínicos y un trastorno clínico requiere la evaluación de una serie de factores, incluido el nivel de angustia y el deterioro del funcionamiento del individuo.

El capítulo comienza con el TOC. Luego cubre el trastorno dismórfico corporal y el trastorno de acaparamiento, que se caracterizan por síntomas cognitivos como defectos o defectos percibidos en la apariencia física o la necesidad percibida de guardar posesiones, respectivamente. Luego, el capítulo cubre la tricotilomanía y el trastorno de excoriación, que se caracterizan por conductas repetitivas recurrentes centradas en el cuerpo. Finalmente, cubre el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias o medicamentos, el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra afección médica, otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados especificados y los no especificados.

Machine Translated by Google

Si bien el contenido específico de las obsesiones y compulsiones varía entre los individuos, ciertas dimensiones de los síntomas son comunes en el TOC, incluidas las de limpieza (obsesiones por la contaminación y compulsiones de limpieza); simetría (obsesiones por la simetría y compulsiones de repetir, ordenar y contar); pensamientos prohibidos o tabú (p. ej., obsesiones agresivas, sexuales y religiosas y compulsiones relacionadas); y daño (por ejemplo, temores de daño a uno mismo o a otros y compulsiones de control relacionadas). El especificador de TOC relacionado con tics se utiliza cuando un individuo tiene antecedentes actuales o pasados de un trastorno de tics.

El trastorno dismórfico corporal se caracteriza por la preocupación por uno o más defectos percibidos o fallas en la apariencia física que no son observables o parecen leves para los demás, y por comportamientos repetitivos (p. ej., mirarse en el espejo, acicalarse excesivamente, rascarse la piel o buscar tranquilidad) o Actos mentales (p. ej., comparar la propia apariencia con la de otras personas) en respuesta a preocupaciones sobre la apariencia. Las preocupaciones por la apariencia no se explican mejor por preocupaciones sobre la grasa corporal o el peso en un individuo con un trastorno alimentario. La dismorfia muscular es una forma de trastorno dismórfico corporal que se caracteriza por la creencia de que la constitución corporal es demasiado pequeña o insuficientemente musculosa.

El trastorno de acaparamiento se caracteriza por una dificultad persistente para descartar o separarse de posesiones, independientemente de su valor real, como resultado de una fuerte necesidad percibida de guardar los artículos y la angustia asociada con su descarte. El trastorno de acaparamiento difiere del coleccionismo normal. Por ejemplo, los síntomas del trastorno de acaparamiento dan como resultado la acumulación de una gran cantidad de posesiones que congestionan y desordenan las áreas de vida activa hasta el punto de que su uso previsto se ve sustancialmente comprometido. La forma de adquisición excesiva del trastorno de acaparamiento, que caracteriza a la mayoría, pero no a todos, los individuos con trastorno de acaparamiento, consiste en recolectar, comprar o robar excesivamente artículos que no son necesarios o para los cuales no hay espacio disponible.

La tricotilomanía se caracteriza por arrancarse el cabello de forma recurrente, lo que provoca su caída, y por intentos repetidos de disminuir o detener el arranque del cabello. El trastorno de excoriación se caracteriza por pellizcarse la piel de forma recurrente, lo que provoca lesiones cutáneas e intentos repetidos de disminuir o detener el pellizco de la piel. Las conductas repetitivas centradas en el cuerpo que caracterizan a estos dos trastornos no son provocadas por obsesiones o preocupaciones; sin embargo, pueden ir precedidos o acompañados de diversos estados emocionales, como sentimientos de ansiedad o aburrimiento. También pueden ir precedidos de una sensación creciente de tensión o pueden provocar gratificación, placer o una sensación de alivio cuando se arranca el pelo o se arranca la piel. Las personas con estos trastornos pueden tener diversos grados de conciencia de la conducta mientras la realizan; algunas personas muestran una atención más centrada en la conducta (con tensión previa y alivio posterior) y otras personas muestran una conducta más automática (con las conductas pareciendo desarrollarse). ocurren sin plena conciencia).

El trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducido por sustancias/medicamentos consiste en síntomas característicos de los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados desarrollados en el contexto de intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o la abstinencia de un medicamento. El trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados debido a otra afección médica implica síntomas característicos de los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados que son el

Machine Translated by Google

consecuencia fisiopatológica directa de otra condición médica.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados especificados (p. ej., morderse las uñas, los labios, morderse las mejillas, celos obsesivos, trastorno de referencia olfativo [síndrome de referencia olfativo]) y el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado no especificado consisten en síntomas que causan malestar o deterioro clínicamente significativo que no cumplen los criterios para un trastorno obsesivo-compulsivo específico y otros relacionados en el DSM-5 debido a una presentación atípica o una etiología incierta. Estas categorías también se utilizan para otros síndromes específicos que no están enumerados en la Sección II y cuando no se dispone de información suficiente para diagnosticar la presentación como otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado.

Aquellos trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados que tienen un componente cognitivo (es decir, TOC, trastorno dismórfico corporal y trastorno de acaparamiento) incluyen un especificador para

que indica el grado de percepción del individuo con respecto a las creencias relacionadas con el trastorno, que varía desde "buena o regular percepción" hasta "poca percepción" y "ausencia de percepción/creencias delirantes". A aquellos individuos cuyo grado de insight esté en el rango de “insight ausente/creencias delirantes” no se les debe dar un diagnóstico adicional de trastorno psicótico a menos que sus creencias delirantes involucren un contenido que se extienda más allá de lo que es característico de su trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados (p. ej. , un individuo con trastorno dismórfico corporal que está convencido de que su comida ha sido envenenada).

Trastorno obsesivo compulsivo

Criterios de diagnóstico F42.2

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas: Las obsesiones

se definen por (1) y (2): 1. Pensamientos, impulsos

o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante la perturbación, como intrusivos y no deseados. y que en la mayoría de los individuos causan marcada ansiedad o angustia.

2. El individuo intenta ignorar o suprimir dichos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2): 1.

Conductas repetitivas (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar) o actos mentales (p. ej., orar, contar, repetir palabras en silencio) que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o según reglas que deben aplicarse rígidamente.

2. Las conductas o actos mentales tengan como objetivo prevenir o reducir la ansiedad o angustia, o prevenir algún suceso o situación temible; sin embargo, estos

Machine Translated by Google

Los comportamientos o actos mentales no están conectados de manera realista con lo que están diseñados para neutralizar o prevenir, o son claramente excesivos.

Nota: Es posible que los niños pequeños no puedan articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B. Las obsesiones o compulsiones consumen mucho tiempo (p. ej., toman más de 1 hora por día) o causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por la apariencia, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad para descartar o separarse de posesiones, como en el trastorno de acaparamiento; cabello tirar, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [hurgarse la piel]; estereotipos, como en el trastorno de movimientos estereotipados, como en los trastornos alimentarios; trastornos adictivos y relacionados con sustancias; preocupación por tener una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafílicos, como en los trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta, como en los trastornos depresivos mayores; trastorno de inserción de pensamientos o preocupaciones delirantes, como en el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos o patrones repetitivos de conducta, como en el trastorno del espectro autista;

Especifique

si: Con percepción buena o regular: El individuo reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son definitivamente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca percepción: el individuo piensa que las creencias sobre el trastorno obsesivo-compulsivo probablemente sean ciertas.

Con intuición ausente/creencias delirantes: el individuo está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Especifique

si: Relacionado con tics: el individuo tiene antecedentes actuales o pasados de un trastorno de tics.

Especificadores

Los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) varían en el grado de percepción que tienen sobre la exactitud de las creencias que subyacen a sus síntomas obsesivo-compulsivos. Muchas personas tienen una percepción buena o regular (por ejemplo, la persona cree que la casa definitivamente no se quemará, probablemente no se quemará o no se quemará si no se revisa la estufa 30 veces). Alguno

Machine Translated by Google

tienen poca percepción (p. ej., el individuo cree que la casa probablemente se quemará si no se revisa la estufa 30 veces), y unos pocos (4% o menos) tienen falta de percepción/creencias delirantes (p. ej., el individuo está convencido de que la casa se quemará si la estufa no se revisa 30 veces). La percepción puede variar dentro de un individuo a lo largo de la enfermedad. Una peor percepción se ha relacionado con peores resultados a largo plazo.

Hasta el 30% de las personas con TOC padecen un trastorno de tics a lo largo de su vida. Esto es más común en hombres con TOC que comenzó en la niñez. Estos individuos tienden a diferir de aquellos sin antecedentes de trastornos de tics en los temas de sus síntomas de TOC, comorbilidad, curso y patrón de transmisión familiar.

Características diagnósticas

Los síntomas característicos del TOC son la presencia de obsesiones y compulsiones (Criterio A). Las obsesiones son pensamientos repetitivos y persistentes (p. ej., de contaminación), imágenes (p. ej., de escenas violentas u horribles) o impulsos (p. ej., de apuñalar a alguien). Es importante destacar que las obsesiones no son placenteras ni se experimentan como voluntarias: son intrusivas y no deseadas y causan marcada angustia o ansiedad en la mayoría de las personas. El individuo intenta ignorar o suprimir estas obsesiones (p. ej., evitando desencadenantes o utilizando la supresión de pensamientos) o neutralizarlas con otro pensamiento o acción (p. ej., realizando una compulsión). Las compulsiones (o rituales) son conductas repetitivas (p. ej., lavarse, comprobar) o actos mentales (p. ej., contar, repetir palabras en silencio) que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente. La mayoría de las personas con TOC tienen obsesiones y compulsiones.

Las obsesiones y compulsiones suelen estar relacionadas temáticamente (p. ej., pensamientos de contaminación asociados con los rituales de lavado; pensamientos de daño asociados con los controles repetidos).

Los individuos a menudo informan que realizan compulsiones para reducir la angustia provocada por las obsesiones o para prevenir un evento temido (p. ej., enfermarse). Sin embargo, estas compulsiones o no están conectadas de manera realista con el evento temido (p. ej., disponer los objetos simétricamente para evitar dañar a un ser querido) o son claramente excesivas (p. ej., ducharse durante horas cada día).

Las compulsiones no se hacen por placer, aunque los individuos pueden experimentar un alivio temporal de la ansiedad o la angustia.

El contenido específico de las obsesiones y compulsiones varía entre individuos. Sin embargo, ciertos temas o dimensiones son comunes, incluidos los de la limpieza (obsesiones por la contaminación y compulsiones por la limpieza); simetría (obsesiones por la simetría y compulsiones de repetir, ordenar y contar); pensamientos prohibidos o tabú (por ejemplo, obsesiones agresivas, sexuales o religiosas y compulsiones relacionadas); y daño (p. ej., temores de hacerse daño a sí mismo o a otros y controlar las compulsiones). Algunos individuos también tienen dificultades para descartar y acumular objetos como consecuencia de obsesiones y obsesiones típicas.

compulsiones (p. ej., temores de dañar a otros); tales compulsiones deben distinguirse de las conductas de acumulación primaria que se observan en el trastorno de acaparamiento, que se analizan más adelante en este capítulo. Estos temas ocurren en diferentes culturas, son relativamente consistentes a lo largo del tiempo en adultos con el trastorno y pueden estar asociados con diferentes sustratos neuronales. Es importante destacar que los individuos suelen presentar síntomas en más de una dimensión.

Machine Translated by Google

El Criterio B enfatiza que las obsesiones y compulsiones deben consumir mucho tiempo (p. ej., más de 1 hora por día) o causar angustia o deterioro clínicamente significativo para justificar un diagnóstico de TOC. Este criterio ayuda a distinguir el trastorno de los pensamientos intrusivos ocasionales o comportamientos repetitivos que son comunes en la población general (p. ej., comprobar dos veces que una puerta esté cerrada con llave). La frecuencia y gravedad de las obsesiones y compulsiones varían entre las personas con TOC (p. ej., algunos tienen síntomas leves a moderados y pasan de 1 a 3 horas por día obsesionándose o realizando compulsiones, mientras que otros tienen pensamientos o compulsiones intrusivos casi constantes que pueden ser incapacitantes).

Funciones asociadas

Los fenómenos sensoriales, definidos como experiencias físicas (p. ej., sensaciones físicas, sensaciones de perfección y sentimientos de falta de plenitud) que preceden a las compulsiones, son comunes en el TOC. Hasta el 60% de las personas con TOC reportan estos fenómenos.

Las personas con TOC experimentan una variedad de respuestas afectivas cuando se enfrentan a situaciones que desencadenan obsesiones y compulsiones. Por ejemplo, muchas personas experimentan una marcada ansiedad que puede incluir ataques de pánico recurrentes. Otros reportan fuertes sentimientos de disgusto.
Mientras realizan compulsiones, algunas personas informan una angustiosa sensación de "incompletitud" o inquietud hasta que las cosas se ven, se sienten o suenan "perfectamente bien".

Es común que las personas con este trastorno eviten personas, lugares y cosas que desencadenan obsesiones y compulsiones. Por ejemplo, las personas preocupadas por la contaminación podrían evitar situaciones públicas (p. ej., restaurantes, baños públicos) para reducir la exposición a los contaminantes temidos; las personas con pensamientos intrusivos sobre causar daño pueden evitar las interacciones sociales.

Muchas personas con TOC tienen creencias disfuncionales. Estas creencias pueden incluir un sentido exagerado de responsabilidad y la tendencia a sobreestimar la amenaza; perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre; y la importancia excesiva de los pensamientos (p. ej., creer que tener un pensamiento prohibido es tan malo como actuar en consecuencia) y la necesidad de controlar los pensamientos. Estas creencias, sin embargo, no son específicas del TOC. La participación de familiares o amigos en rituales compulsivos, denominados acomodación, puede exacerbar o mantener los síntomas y es un objetivo importante en el tratamiento, especialmente en niños.

Predominio

La prevalencia de TOC en 12 meses en los Estados Unidos es del 1,2%, con una prevalencia similar a nivel internacional (incluidos Canadá, Puerto Rico, Alemania, Taiwán, Corea y Nueva Zelanda; 1,1%-1,8%). Las mujeres se ven afectadas en una proporción ligeramente mayor que los hombres en la edad adulta, aunque los hombres se ven afectados con mayor frecuencia en la infancia.

Desarrollo y evolución

En Estados Unidos, la edad media de aparición del TOC es 19,5 años, y el 25% de los casos comienza a los 14 años. El inicio después de los 35 años es inusual, pero ocurre. Los hombres tienen una edad de inicio más temprana que las mujeres: casi el 25% de los hombres comienzan antes de los 10 años. La aparición de los síntomas suele ser gradual; sin embargo, también puede ocurrir un inicio agudo.

Si el TOC no se trata, el curso suele ser crónico, a menudo con síntomas crecientes y menguantes.
Algunos individuos tienen un curso episódico y una minoría tiene un curso que empeora. Sin tratamiento, las tasas de remisión en adultos son bajas (p. ej., 20% para los reevaluados 40 años después). Comienzo

Machine Translated by Google

en la niñez o la adolescencia puede conducir a una vida de TOC.

Sin embargo, el 40% de las personas con TOC que comienza en la niñez o la adolescencia pueden experimentar una remisión en la edad adulta temprana. El curso del TOC a menudo se complica por la coexistencia de otros trastornos (consulte la sección "Comorbilidad" para este trastorno).

Las compulsiones se diagnostican más fácilmente en los niños que las obsesiones porque las compulsiones suelen ser observables. Sin embargo, la mayoría de los niños tienen obsesiones y compulsiones (al igual que la mayoría de los adultos). El patrón de síntomas en adultos puede ser estable en el tiempo, pero es más variable en niños. Se han informado algunas diferencias en el contenido de las obsesiones y compulsiones cuando se comparan muestras de niños y adolescentes con muestras de adultos. Es probable que estas diferencias reflejen contenidos apropiados para diferentes etapas del desarrollo (p. ej., tasas más altas de obsesiones sexuales y religiosas en adolescentes que en niños; tasas más altas de obsesiones por causar daño [p. ej., temores de eventos catastróficos, como muerte o enfermedad para uno mismo o sus seres queridos] en niños y adolescentes que en adultos).

Factores de Riesgo y Pronóstico

Temperamental.

Mayores síntomas de internalización, mayor emocionalidad negativa e inhibición conductual en la infancia son posibles factores de riesgo temperamental.

Ambiental.

Diferentes factores ambientales pueden aumentar el riesgo de TOC. Estos incluyen eventos perinatales adversos, parto prematuro, consumo de tabaco materno durante el embarazo, abuso físico y sexual en la infancia y otros eventos estresantes o traumáticos. Algunos niños pueden desarrollar la aparición repentina de síntomas obsesivo-compulsivos, que se han asociado con diferentes factores ambientales, incluidos diversos agentes infecciosos y un síndrome autoinmune posinfeccioso.

Genético y fisiológico.

La tasa de TOC entre familiares de primer grado de adultos con TOC es aproximadamente dos veces mayor que entre familiares de primer grado de aquellos sin el trastorno; sin embargo, entre los familiares de primer grado de personas con TOC que comenzó en la niñez o la adolescencia, la tasa aumenta diez veces. La transmisión familiar se debe en parte a factores genéticos (p. ej., una tasa de concordancia de 0,57 para gemelos monocigóticos frente a 0,22 para gemelos dicigóticos). Los estudios con gemelos sugieren que los efectos genéticos aditivos representan aproximadamente el 40% de la variación en los síntomas obsesivo-compulsivos. La disfunción en la corteza orbitofrontal, la corteza cingulada anterior y el cuerpo estriado ha sido la más implicada; También se han informado alteraciones en las redes frontolímbicas, frontoparietales y cerebelosas.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

El TOC ocurre en todo el mundo. Existe una similitud sustancial entre culturas en la distribución de género, la edad de inicio y la comorbilidad del TOC. Además, en todo el mundo existe una estructura de síntomas similar que involucra limpieza, simetría, acaparamiento, pensamientos tabú y miedo al daño. Sin embargo, existe una variación regional en la expresión de los síntomas y los factores culturales pueden dar forma al contenido de las obsesiones y compulsiones. Por ejemplo, las obsesiones relacionadas con el contenido sexual pueden ser reportadas con menos frecuencia en algunos grupos religiosos y culturales, y las obsesiones relacionadas con la violencia y la agresión pueden ser más comunes en entornos con mayor prevalencia de vida urbana.

Machine Translated by Google

violencia. Las atribuciones de los síntomas del TOC varían entre culturas, incluidas causas físicas, sociales, espirituales y sobrenaturales; Estas atribuciones culturales pueden reforzar compulsiones específicas y opciones de búsqueda de ayuda.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Los hombres

tienen una edad más temprana en el inicio del TOC que las mujeres, a menudo en la niñez, y tienen más probabilidades de tener trastornos de tics comórbidos. El inicio en las niñas es más típico en la adolescencia; Entre los adultos, el TOC es ligeramente más común en mujeres que en hombres. Se han informado diferencias de género en el patrón de las dimensiones de los síntomas; por ejemplo, las mujeres tienen más probabilidades de tener síntomas en la dimensión de limpieza y los hombres más probabilidades de tener síntomas en la dimensión de limpieza.

síntomas en los pensamientos prohibidos y las dimensiones de simetría. En el período periparto se ha informado de la aparición o exacerbación del TOC, así como de síntomas que pueden interferir con la relación madre-hijo (p. ej., obsesiones agresivas, como pensamientos violentos intrusivos de dañar al bebé, que llevan a evitarlo). Algunas mujeres también informan una exacerbación de los síntomas del TOC antes de la menstruación.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Una revisión sistemática

de la literatura sobre ideas e intentos de suicidio en muestras clínicas con TOC de múltiples países encontró una tasa media de intentos de suicidio durante la vida del 14,2%, una tasa media de ideas suicidas durante la vida del 44,1% y una tasa media de ideas suicidas durante la vida del 44,1%. tasa de ideación suicida actual del 25,9%.
Los predictores de mayor riesgo de suicidio fueron la gravedad del TOC, la dimensión sintomática de los pensamientos inaceptables, la gravedad de los síntomas depresivos y de ansiedad comórbidos y los antecedentes de tendencias suicidas. Otra revisión sistemática internacional de 48 estudios encontró una asociación significativa de moderada a alta entre la ideación/intentos de suicidio y el TOC.

Un estudio transversal de 582 pacientes ambulatorios con TOC de Brasil encontró que el 36% reportó pensamientos suicidas a lo largo de su vida, el 20% había hecho planes de suicidio, el 11% ya había intentado suicidarse y el 10% presentaba pensamientos suicidas actuales. La dimensión sexual/religiosa del TOC y los trastornos comórbidos por uso de sustancias se asociaron con pensamientos y planes suicidas, los trastornos de control de impulsos se asociaron con pensamientos suicidas actuales y con planes e intentos de suicidio, y el trastorno depresivo mayor y el trastorno de estrés postraumático comórbidos de por vida.) se asociaron con todos los aspectos de las conductas suicidas.

En un estudio que utilizó datos del registro nacional sueco en el que participaron 36.788 personas con TOC y sujetos de control de la población general emparejados, las personas con TOC tenían un mayor riesgo de muerte por suicidio (OR = 9,8) e intento de suicidio (OR = 5,5), y el mayor riesgo para ambos los resultados se mantuvieron sustanciales incluso después de ajustar por comorbilidades psiquiátricas. El trastorno comórbido de la personalidad o el uso de sustancias aumentó el riesgo de suicidio, mientras que el sexo femenino, un mayor nivel educativo de los padres y un trastorno de ansiedad comórbido fueron factores protectores.

Consecuencias funcionales del trastorno obsesivo-compulsivo El TOC se asocia con una calidad de vida

reducida, así como con altos niveles de deterioro social y laboral. El deterioro ocurre en muchos ámbitos diferentes de la vida y está asociado con

Machine Translated by Google

gravedad de los síntomas. El deterioro puede ser causado por el tiempo dedicado a obsesionarse y realizar compulsiones. Evitar situaciones que puedan desencadenar obsesiones o compulsiones también puede afectar gravemente el funcionamiento. Además, síntomas específicos pueden crear obstáculos específicos. Por ejemplo, las obsesiones por el daño pueden hacer que las relaciones con familiares y amigos parezcan peligrosas; el resultado puede ser evitar estas relaciones. Las obsesiones sobre la simetría pueden descarrilar la finalización oportuna de proyectos escolares o laborales porque el proyecto nunca se siente "perfecto", lo que podría resultar en fracaso escolar o pérdida de empleo. También pueden ocurrir consecuencias para la salud. Por ejemplo, las personas preocupadas por la contaminación pueden evitar los consultorios médicos y los hospitales (por ejemplo, por temor a la exposición a gérmenes) o desarrollar problemas dermatológicos (por ejemplo, lesiones en la piel debido al lavado excesivo). A veces los síntomas del trastorno interfieren con su propio tratamiento (p. ej., cuando los medicamentos se consideran contaminados). Cuando el trastorno comienza en la niñez o la adolescencia, las personas pueden experimentar dificultades de desarrollo. Por ejemplo, los adolescentes pueden evitar socializar con sus compañeros; Los adultos jóvenes pueden tener dificultades cuando dejan su hogar para vivir de forma independiente. El resultado puede ser pocas relaciones significativas fuera de la familia y una falta de autonomía e independencia financiera de su familia de origen. Además, algunas personas con TOC intentan imponer reglas y prohibiciones a sus familiares debido a sus obsesiones.

(por ejemplo, nadie en la familia puede recibir visitas en la casa por temor a la contaminación), y esto puede provocar disfunción familiar.

Diagnóstico diferencial

Desórdenes de ansiedad. En los trastornos de ansiedad también pueden aparecer pensamientos recurrentes, conductas evasivas y solicitudes repetitivas de tranquilidad. Sin embargo, los pensamientos recurrentes que están presentes en el trastorno de ansiedad generalizada (es decir, las preocupaciones) suelen tener que ver con preocupaciones de la vida real, mientras que las obsesiones del TOC no suelen implicar preocupaciones de la vida real y pueden incluir contenidos extraños, irracionales o extraños. una naturaleza aparentemente mágica; además, las compulsiones suelen estar presentes y suelen estar vinculadas a las obsesiones. Al igual que las personas con TOC, las personas con fobia específica pueden tener una reacción de miedo ante objetos o situaciones específicas; sin embargo, en la fobia específica el objeto temido suele estar mucho más circunscrito y no están presentes los rituales. En el trastorno de ansiedad social, los objetos o situaciones temidos se limitan a interacciones sociales o situaciones de desempeño, y la evitación o la búsqueda de tranquilidad se centra en reducir los sentimientos de vergüenza.

Trastorno depresivo mayor. El TOC debe distinguirse de la cavilación del trastorno depresivo mayor, en el que los pensamientos suelen ser congruentes con el estado de ánimo y no necesariamente se experimentan como intrusivos o angustiosos; Además, las cavilaciones no están vinculadas a compulsiones, como es típico en el TOC.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados. En el trastorno dismórfico corporal, las obsesiones y compulsiones se limitan a preocupaciones sobre la apariencia física; y en la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo), la conducta compulsiva se limita a arrancarse el pelo en ausencia de obsesiones.
Los síntomas del trastorno de acaparamiento se centran exclusivamente en la dificultad persistente para descartar o separarse de posesiones, la marcada angustia asociada con el descarte de artículos y la acumulación excesiva de objetos. Sin embargo, si un individuo tiene obsesiones típicas del TOC (por ejemplo, preocupaciones sobre

Machine Translated by Google

incompleto o dañino), y estas obsesiones conducen a una acumulación compulsiva (p. ej., adquirir todos los objetos de un conjunto para lograr una sensación de integridad o no descartar periódicos viejos porque pueden contener información que podría prevenir daños), se debe dar un diagnóstico de TOC en cambio.

Trastornos de la alimentación. El TOC se puede distinguir de la anorexia nerviosa en que en el TOC las obsesiones y compulsiones no se limitan a preocupaciones sobre el peso y la comida.

Tics (en el trastorno de tics) y movimientos estereotipados. Un tic es un movimiento o vocalización repentino, rápido, recurrente y no rítmico (p. ej., parpadear, aclararse la garganta). Un movimiento estereotipado es una conducta motora repetitiva, aparentemente impulsada y no funcional (p. ej., golpearse la cabeza, balancear el cuerpo, morderse). Los tics y los movimientos estereotipados suelen ser menos complejos que las compulsiones y no tienen como objetivo neutralizar las obsesiones. Sin embargo, distinguir entre tics complejos y compulsiones puede resultar difícil. Mientras que las compulsiones suelen ir precedidas de obsesiones, los tics suelen ir precedidos de impulsos sensoriales premonitorios. Algunas personas tienen síntomas tanto de TOC como de tics, en cuyo caso ambos diagnósticos pueden estar justificados.

Desórdenes psicóticos. Algunas personas con TOC tienen poca percepción o incluso creencias delirantes sobre el TOC. Sin embargo, tienen obsesiones y compulsiones (que distinguen su condición del trastorno delirante) y no tienen otras características de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo (p. ej., alucinaciones o habla desorganizada). Para las personas cuyos síntomas de TOC justifican el especificador "con ausencia de percepción/creencias delirantes", estos síntomas no deben diagnosticarse como un trastorno psicótico.

Otros comportamientos compulsivos. Ciertos comportamientos a veces se describen como “compulsivos”, incluido el comportamiento sexual (en el caso de las parafilias), el juego (es decir, el trastorno del juego) y el consumo de sustancias (p. ej., el trastorno por consumo de alcohol). Sin embargo, estos comportamientos difieren

de las compulsiones del TOC en el sentido de que la persona generalmente obtiene placer de la actividad y puede desear resistirla sólo debido a sus consecuencias nocivas.

Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo. Aunque el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo y el TOC tienen nombres similares, las manifestaciones clínicas de estos trastornos son bastante diferentes.
El trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo no se caracteriza por pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos ni por conductas repetitivas que se realizan en respuesta a estos síntomas intrusivos; más bien, implica un patrón desadaptativo duradero y generalizado de perfeccionismo excesivo y control rígido. Si un individuo manifiesta síntomas tanto de TOC como de trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, se pueden dar ambos diagnósticos.

Comorbilidad

Las personas con TOC suelen tener otras psicopatologías. Muchos adultos con este trastorno en los Estados Unidos tienen un diagnóstico de por vida de un trastorno de ansiedad (76%; por ejemplo, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica) o un trastorno depresivo o bipolar (63% para cualquier trastorno depresivo o trastorno bipolar, siendo el más común el trastorno depresivo mayor [41%]); También es común un diagnóstico de por vida de un trastorno del control de los impulsos (56%) o un trastorno por uso de sustancias (39%). El inicio del TOC suele ser más tardío que en la mayoría de los casos.

Machine Translated by Google

trastornos de ansiedad comórbidos (con excepción del trastorno de ansiedad por separación) y trastorno de estrés postraumático, pero a menudo precede al de los trastornos depresivos. En un estudio de 214 adultos que buscaban tratamiento en los Estados Unidos y que presentaban TOC según el DSM-IV al momento del ingreso, se encontró trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo comórbido en 23% a 32% de los individuos seguidos longitudinalmente.

Hasta el 30% de las personas con TOC también padecen un trastorno de tics a lo largo de su vida. Un trastorno de tic comórbido es más común en hombres con TOC de inicio en la infancia. Estos individuos tienden a diferir de aquellos sin antecedentes de trastornos de tics en los temas de sus síntomas de TOC, comorbilidad, curso y patrón de transmisión familiar. En los niños también se puede observar una tríada de TOC, trastorno de tics y trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

Varios trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, incluido el trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía y el trastorno de excoriación (hurgarse la piel), también ocurren con mayor frecuencia en personas con TOC que en aquellos sin TOC.

El TOC también es mucho más común en personas con otros trastornos determinados de lo que se esperaría según su prevalencia en la población general; cuando se diagnostica uno de esos otros trastornos, el individuo también debe ser evaluado para detectar TOC. Por ejemplo, en personas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, la prevalencia del TOC es aproximadamente del 12%. Las tasas de TOC también son elevadas en el trastorno bipolar; trastornos alimentarios, como anorexia nerviosa y bulimia nerviosa; desórden dismórfico del cuerpo; y el trastorno de Tourette.

Desórden dismórfico del cuerpo

Criterios de diagnóstico F45.22

A. Preocupación por uno o más defectos o fallas percibidas en el aspecto físico.
apariencias que no son observables o parecen insignificantes para los demás.

B. En algún momento durante el curso del trastorno, el individuo ha realizado conductas repetitivas (p. ej., mirarse en el espejo, acicalarse excesivamente, rascarse la piel, buscar tranquilidad) o actos mentales (p. ej., comparar su apariencia con la de otros) para respuesta a las preocupaciones sobre la apariencia.

C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La preocupación por la apariencia no se explica mejor por preocupaciones sobre la grasa corporal o el peso en un individuo cuyos síntomas cumplen con los criterios de diagnóstico de un trastorno alimentario.

Especifique

si: Con dismorfia muscular: El individuo está preocupado con la idea de que su cuerpo es demasiado pequeño o insuficientemente musculoso. Este especificador se utiliza incluso si el individuo está preocupado por otras áreas del cuerpo, lo que suele ser el
caso.

Machine Translated by Google

Especifique

si: Indique el grado de conocimiento respecto de las creencias sobre el trastorno dismórfico corporal (p. ej., “me veo feo” o “me veo deforme”).

Con percepción buena o justa: el individuo reconoce que las creencias sobre el trastorno dismórfico corporal son definitivamente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca percepción: el individuo piensa que las creencias sobre el trastorno dismórfico corporal probablemente sean ciertas.

Con percepción ausente/creencias delirantes: el individuo está completamente convencido de que las creencias sobre el trastorno dismórfico corporal son ciertas.

Prescriptores

La dismorfia muscular, una forma de trastorno dismórfico corporal que ocurre casi exclusivamente en hombres y adolescentes, consiste en la preocupación por la idea de que el cuerpo es demasiado pequeño o insuficientemente delgado o musculoso. Las personas con esta forma de trastorno en realidad tienen un cuerpo de apariencia normal o incluso son muy musculosas. También pueden estar preocupados por otras áreas del cuerpo, como la piel o el cabello. La mayoría (pero no todos) hacen dieta, hacen ejercicio y/o levantan pesas en exceso, lo que a veces causa daños corporales. Algunos usan esteroides anabólicos androgénicos potencialmente peligrosos y otras sustancias para tratar de hacer que su cuerpo sea más grande y musculoso.

Los individuos con trastorno dismórfico corporal varían en el grado de percepción que tienen sobre la exactitud de sus creencias sobre el trastorno dismórfico corporal (p. ej., "Me veo feo", "Me veo deforme"). La comprensión de las creencias sobre el trastorno dismórfico corporal puede variar desde buena hasta ausente/delirante (es decir, creencias delirantes que consisten en una convicción total de que la visión que el individuo tiene de su apariencia es precisa y no distorsionada). En promedio, el insight es pobre, y un tercio o más de las personas actualmente tienen creencias de falta de insight o trastorno dismórfico corporal delirante.
Los individuos con trastorno dismórfico corporal delirante tienden a tener una mayor morbilidad en algunas áreas (p. ej., pensamientos o conductas suicidas), pero esto parece explicarse por su tendencia a tener síntomas más graves del trastorno dismórfico corporal.

Características diagnósticas

Las personas con trastorno dismórfico corporal (anteriormente conocido como dismorfofobia) están preocupadas por uno o más defectos percibidos en su apariencia física, que consideran feo, poco atractivo, anormal o deformado (Criterio A). Los defectos percibidos no son observables o parecen leves para otros individuos. Las preocupaciones van desde verse “poco atractivo” o “no correcto” hasta verse “horrible” o “como un monstruo”. Las preocupaciones pueden centrarse en una o varias áreas del cuerpo, más comúnmente la piel (p. ej., acné percibido, cicatrices, líneas, arrugas, palidez), el cabello (p. ej., cabello “ralo” o vello corporal o facial “excesivo”) o la nariz (ej., tamaño o forma). Sin embargo, cualquier área del cuerpo puede ser el foco de preocupación (p. ej., ojos, dientes, peso, estómago, senos, piernas, tamaño o forma de la cara, labios, barbilla, cejas, genitales). A algunas personas les preocupa la asimetría percibida de las áreas del cuerpo. Las preocupaciones son intrusivas, no deseadas, consumen mucho tiempo (ocurren, en promedio, de 3 a 8 horas por día) y, por lo general, son difíciles de resistir o controlar.

Se realizan comportamientos o actos mentales excesivamente repetitivos (p. ej., comparar) en respuesta a

Machine Translated by Google

la preocupación (Criterio B). El individuo se siente impulsado a realizar estos

comportamientos que no son placenteros y pueden aumentar la ansiedad y la disforia. Por lo general, requieren mucho tiempo y son difíciles de resistir o controlar. Los comportamientos comunes son comparar la apariencia de uno con la de otros individuos; comprobar repetidamente los defectos percibidos en espejos u otras superficies reflectantes o examinarlos directamente; tomar "selfies" excesivos; arreglarse excesivamente (p. ej., peinarse, peinarse, afeitarse, depilarse o arrancarse el cabello); buscar seguridad sobre cómo se ven los defectos percibidos; tocar áreas que no le gustan para revisarlas; hacer ejercicio excesivo o levantar pesas; y buscar procedimientos cosméticos. Algunas personas se broncean excesivamente (p. ej., para oscurecer la piel "pálida" o disminuir el acné percibido), se cambian de ropa repetidamente (p. ej., para camuflar defectos percibidos) o compran compulsivamente (p. ej., productos de belleza). El pellizco compulsivo de la piel destinado a mejorar los defectos percibidos de la piel es común y puede causar daños en la piel, infecciones o rotura de vasos sanguíneos. Camuflar (es decir, ocultar o cubrir) los defectos percibidos, un comportamiento muy común en personas con trastorno dismórfico corporal, puede implicar comportamientos repetitivos (p. ej., aplicar maquillaje repetidamente, ajustarse un sombrero o ropa, reorganizar el cabello para cubrir la frente o los ojos). La preocupación debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C); normalmente ambos están presentes. El trastorno dismórfico corporal debe diferenciarse de un trastorno alimentario. El trastorno dismórfico corporal por poder es una forma de trastorno dismórfico corporal en el que los individuos están preocupados por los defectos que perciben en la apariencia de otra persona, con mayor frecuencia en una pareja (p. ej., cónyuge o pareja), pero a veces en un padre, un hijo, un hermano o un extraño. .

Funciones asociadas

Muchas personas con trastorno dismórfico corporal tienen ideas o delirios de referencia, creyendo que otras personas les prestan especial atención o se burlan de ellos por su apariencia. El trastorno dismórfico corporal se asocia con altos niveles de ansiedad, ansiedad social, evitación social, estado de ánimo deprimido, afectividad negativa (neuroticismo), sensibilidad al rechazo y perfeccionismo, así como baja extroversión y baja autoestima. El trastorno dismórfico corporal también se asocia con una elevada hostilidad y un comportamiento agresivo. Muchas personas se avergüenzan de su apariencia y se concentran excesivamente en su apariencia y son reacias a revelar sus preocupaciones a los demás. La mayoría de las personas reciben tratamientos cosméticos para intentar mejorar los defectos percibidos.
El tratamiento dermatológico y la cirugía son los más comunes, pero se puede recibir cualquier tipo (p. ej., dental, electrólisis). Algunas personas se realizan una cirugía a sí mismas. El trastorno dismórfico corporal parece responder mal a dichos tratamientos y, en ocasiones, empeora. Algunas personas emprenden acciones legales o son violentas con el médico (p. ej., el cirujano) porque no están satisfechas con el resultado cosmético.

El trastorno dismórfico corporal se ha asociado con anomalías en el reconocimiento de emociones, la atención y la función ejecutiva, así como con sesgos en el procesamiento de la información e imprecisiones en la interpretación de la información y de las situaciones sociales. Por ejemplo, las personas con este trastorno tienden a tener un sesgo por interpretaciones negativas y amenazantes de expresiones faciales y escenarios ambiguos. El trastorno dismórfico corporal también se caracteriza por anomalías en el procesamiento visual, con una tendencia a analizar y codificar detalles en lugar de holísticos o configuracionales.

Machine Translated by Google

aspectos de los estímulos visuales.

Predominio

La prevalencia puntual en un estudio epidemiológico nacional entre adultos estadounidenses fue del 2,4% (2,5% en mujeres y 2,2% en hombres). Fuera de Estados Unidos (p. ej., Alemania), estudios similares indican que la prevalencia puntual es del 1,7% al 2,9%, con una distribución por género similar a la de Estados Unidos. A nivel mundial, la prevalencia puntual es del 11% al 13% entre los pacientes de dermatología, del 13% al 15% entre los pacientes de cirugía estética general, del 20% en los pacientes de cirugía de rinoplastia, del 11% entre los pacientes adultos de cirugía de corrección de la mandíbula y del 5% al 10% entre los pacientes adultos. Pacientes de ortodoncia/odontología cosmética. Entre los adolescentes y estudiantes universitarios, las tasas de prevalencia puntual son relativamente más altas en las niñas/mujeres jóvenes que en los niños/hombres jóvenes.

Desarrollo y evolución La edad media de inicio del trastorno es de 16 a 17 años, la edad mediana de inicio es de 15 años y la edad de inicio más común es de 12 a 13 años; en dos tercios de las personas, el inicio es antes de los 18 años.

Los síntomas del trastorno dismórfico corporal subclínico comienzan, en promedio, a los 12 o 13 años.

Los problemas subclínicos suelen evolucionar gradualmente hasta llegar al trastorno completo, aunque algunos individuos experimentan la aparición abrupta del trastorno dismórfico corporal. El trastorno suele ser crónico, aunque es probable que mejore cuando se recibe un tratamiento basado en evidencia. Las características clínicas del trastorno parecen muy similares en niños/adolescentes y adultos. El trastorno dismórfico corporal ocurre en personas mayores, pero se sabe poco sobre el trastorno en este grupo de edad. Las personas con un trastorno que comienza antes de los 18 años tienen más comorbilidad y tienen más probabilidades de tener un inicio gradual (en lugar de agudo) que aquellos con un trastorno dismórfico corporal de inicio en la edad adulta.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El trastorno dismórfico corporal se ha asociado con altas tasas de negligencia, abuso y trauma infantil, así como con tasas elevadas de burlas.

Genético y fisiológico. La prevalencia del trastorno dismórfico corporal es elevada en familiares de primer grado de personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). La heredabilidad de los síntomas del trastorno dismórfico corporal se estima entre 37% y 49% en estudios de gemelos adolescentes y adultos jóvenes y puede ser mayor en mujeres. Existe una vulnerabilidad genética compartida con el TOC, así como influencias genéticas que son específicas de los síntomas del trastorno dismórfico corporal.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura Se ha informado a nivel internacional sobre el trastorno dismórfico corporal. Ciertas características del trastorno aparecen transculturalmente, como la proporción de género, las áreas del cuerpo que son objeto de preocupación, los tipos de conductas repetitivas y los niveles de angustia y deterioro asociados. Otras características pueden variar (por ejemplo, en algunos contextos culturales con un enfoque colectivista, como Japón, las preocupaciones sobre la dismorfia corporal pueden enfatizar el miedo a ofender a otros debido a la deformidad percibida).

Los diferentes estándares culturales pueden estar asociados con preocupaciones específicas sobre la imagen corporal, como

Machine Translated by Google

párpados en Japón y dismorfia muscular en los países occidentales. El Taijin kyofusho, incluido en el sistema diagnóstico tradicional japonés, tiene un subtipo similar al trastorno dismórfico corporal: shubo-kyofu ("la fobia al cuerpo deformado"). Para obtener más información sobre los conceptos culturales de angustia, consulte el capítulo "Cultura y diagnóstico psiquiátrico".

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género La dismorfia muscular ocurre casi exclusivamente en hombres, y los hombres tienen más probabilidades de tener un trastorno comórbido por uso de sustancias, mientras que las mujeres tienen más probabilidades de tener un trastorno alimentario comórbido. Las mujeres y los hombres parecen tener más similitudes que diferencias en términos de la mayoría de las características clínicas: por ejemplo, áreas del cuerpo que no les gustan, tipos de conductas repetitivas, gravedad de los síntomas, tendencias suicidas, comorbilidad, curso de la enfermedad y recepción de procedimientos cosméticos para el trastorno dismórfico corporal. Sin embargo, hay algunas diferencias. Por ejemplo, los hombres tienen más probabilidades de preocuparse por sus genitales, su constitución corporal (pensando que son demasiado pequeños o insuficientemente musculosos) y la caída del cabello, mientras que las mujeres tienen más probabilidades de preocuparse por el peso (normalmente pensando que pesan demasiado). , senos/pecho, nalgas, piernas, caderas y vello corporal/facial excesivo.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

En una revisión sistemática y un metanálisis de 17 estudios que examinaron pensamientos y comportamientos suicidas en varios países, las personas con trastorno dismórfico corporal fueron

cuatro veces más probabilidades de haber experimentado pensamientos suicidas (OR combinado = 3,87) y 2,6 veces más probabilidades de haber intentado suicidarse (OR combinado = 2,57) en comparación con sujetos de control sanos e individuos diagnosticados con trastornos alimentarios, TOC o cualquier trastorno de ansiedad. .
Dos estudios de población general realizados en Alemania encontraron tasas más altas de pensamientos suicidas: 19% frente a 3%; 31,0% frente a 3,5%—y comportamientos—7% frente a 1%; 22,2% frente a 2,1% en personas diagnosticadas con trastorno dismórfico corporal que en aquellas sin el diagnóstico.

La gravedad del trastorno dismórfico corporal fortalece la asociación del trastorno dismórfico corporal con pensamientos y conductas suicidas. La relación entre el trastorno dismórfico corporal y los pensamientos y conductas suicidas elevados es independiente de la comorbilidad, pero ciertas comorbilidades pueden fortalecer aún más esta relación. Una proporción sustancial de personas con trastorno dismórfico corporal atribuyen pensamientos o intentos de suicidio principalmente a sus preocupaciones por la apariencia.

Las personas con trastorno dismórfico corporal tienen muchos factores de riesgo demográficos y clínicos que generalmente predicen la muerte por suicidio, como altas tasas de pensamientos e intentos de suicidio, desempleo, percepción de abuso, baja autoestima y altas tasas de trastorno depresivo mayor comórbido, trastornos alimentarios trastornos y trastornos por uso de sustancias.

Consecuencias funcionales del trastorno dismórfico corporal Casi todas las personas con trastorno dismórfico corporal experimentan un funcionamiento psicosocial deteriorado debido a sus problemas de apariencia. El deterioro puede variar desde moderado (p. ej., evitar algunas situaciones sociales) hasta extremo e incapacitante (p. ej., estar completamente

Machine Translated by Google

confinado en casa).

En promedio, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida son notablemente deficientes. Los síntomas más graves del trastorno dismórfico corporal se asocian con un peor funcionamiento y calidad de vida. La mayoría de las personas experimentan un deterioro en su desempeño laboral, académico o de rol (p. ej., como padres o cuidadores), que a menudo es grave (p. ej., desempeño deficiente, faltar a la escuela o al trabajo, no trabajar). Alrededor del 20% de los jóvenes con trastorno dismórfico corporal informan que abandonaron la escuela principalmente debido a los síntomas del trastorno dismórfico corporal. Una alta proporción de adultos y adolescentes han sido hospitalizados psiquiátricamente.

Diagnóstico Diferencial

Problemas de apariencia normal y defectos físicos claramente perceptibles. El trastorno dismórfico corporal se diferencia de las preocupaciones por la apariencia normal en que se caracteriza por preocupaciones excesivas relacionadas con la apariencia y comportamientos repetitivos que consumen mucho tiempo, generalmente son difíciles de resistir o controlar y causan angustia o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento. Los defectos físicos que son claramente perceptibles (es decir, no leves) no se diagnostican como trastorno dismórfico corporal. Sin embargo, pellizcarse la piel como síntoma del trastorno dismórfico corporal puede causar lesiones cutáneas y cicatrices notables; en tales casos, se debe diagnosticar un trastorno dismórfico corporal.

Trastornos de la alimentación. En un individuo con un trastorno alimentario, la preocupación por la obesidad o el sobrepeso se considera un síntoma del trastorno alimentario más que del trastorno dismórfico corporal. Sin embargo, pueden surgir preocupaciones sobre el peso en el trastorno dismórfico corporal. Los trastornos alimentarios y el trastorno dismórfico corporal pueden ser comórbidos, en cuyo caso ambos deben diagnosticarse.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados. Las preocupaciones y conductas repetitivas del trastorno dismórfico corporal difieren de las obsesiones y compulsiones del TOC en que las primeras se centran únicamente en la apariencia física. Estos trastornos tienen otras diferencias, como una peor percepción, una depresión más frecuente y mayores tasas de suicidio.

Ideación en el trastorno dismórfico corporal. Cuando el objetivo de hurgarse la piel es mejorar la apariencia de los defectos cutáneos percibidos, se diagnostica un trastorno dismórfico corporal, en lugar de un trastorno de excoriación (hurgarse la piel). Cuando la depilación (depilación, arrancamiento u otros tipos de depilación) tiene como objetivo mejorar los defectos percibidos en la apariencia del vello facial, de la cabeza o del cuerpo, se diagnostica un trastorno dismórfico corporal en lugar de tricotilomanía (trastorno de arrancamiento del vello).

Trastorno de ansiedad por enfermedad. Los individuos con trastorno dismórfico corporal no están preocupados por tener o adquirir una enfermedad grave y en muestras clínicas no presentan niveles particularmente elevados de somatización.

Trastorno depresivo mayor. La importante preocupación por la apariencia y las conductas excesivamente repetitivas en el trastorno dismórfico corporal lo diferencian del trastorno depresivo mayor. Sin embargo, el trastorno depresivo mayor y los síntomas depresivos son comunes en personas con trastorno dismórfico corporal y a menudo parecen ser secundarios a la angustia y el deterioro que causa el trastorno dismórfico corporal. El trastorno dismórfico corporal debe diagnosticarse en personas deprimidas si se cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno dismórfico corporal.

Desórdenes de ansiedad. La ansiedad y la evitación social son comunes en el trastorno dismórfico corporal.

Machine Translated by Google

Sin embargo, a diferencia del trastorno de ansiedad social, la agorafobia y el trastorno de la personalidad por evitación, el trastorno dismórfico corporal incluye una preocupación prominente relacionada con la apariencia, que puede ser delirante, y comportamientos repetitivos. Además, la ansiedad social y la evitación que son características del trastorno dismórfico corporal son atribuibles a la preocupación por los defectos percibidos en la apariencia y la creencia o el miedo de que otras personas consideren feos a estos individuos, los ridiculicen o los rechacen debido a sus características físicas. A diferencia del trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y la preocupación en el trastorno dismórfico corporal se centran en los defectos percibidos en la apariencia.

Desórdenes psicóticos. Muchas personas con trastorno dismórfico corporal tienen creencias de apariencia delirantes (es decir, una convicción completa de que su visión de los defectos percibidos es precisa), lo que se diagnostica como trastorno dismórfico corporal, con introspección ausente/creencias delirantes, no como trastorno delirante. Las ideas relacionadas con la apariencia o los delirios de referencia son comunes en el trastorno dismórfico corporal (es decir, pensar que otras personas prestan especial atención de manera negativa debido a la apariencia del individuo). Sin embargo, a diferencia de la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo, el trastorno dismórfico corporal implica preocupaciones prominentes sobre la apariencia y conductas repetitivas relacionadas; el comportamiento desorganizado y otros síntomas psicóticos están ausentes (excepto las creencias sobre la apariencia, que pueden ser delirantes). Para las personas cuyos síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados justifican el especificador "con ausencia de percepción/creencias delirantes", estos síntomas no deben diagnosticarse como un trastorno psicótico.

Otros trastornos y síntomas. El trastorno dismórfico corporal no debe diagnosticarse si la preocupación se limita a la incomodidad o al deseo de deshacerse de las características sexuales primarias y/o secundarias en un individuo con disforia de género. Tampoco se debe diagnosticar el trastorno dismórfico corporal si la preocupación se centra en la creencia de que uno emite un olor corporal desagradable u ofensivo como en el trastorno de referencia olfativo (síndrome de referencia olfativo), que es un ejemplo de otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado especificado en el DSM. -5. La disforia de la integridad corporal (que está incluida en la CIE-11 pero no en el DSM-5) implica un deseo persistente de convertirse en un amputado para corregir un desajuste entre el sentido del individuo sobre cómo debe configurarse su cuerpo y su estructura anatómica real. configuración. A diferencia del trastorno dismórfico corporal, el individuo no siente que el miembro que va a amputar sea feo o defectuoso de alguna manera, simplemente que no debería estar allí. Koro, un trastorno culturalmente relacionado que suele ocurrir en epidemias en el sudeste asiático, consiste en el miedo a que el pene (labios, pezones o senos en las mujeres) se encoja o se retraiga y desaparezca en el abdomen, a menudo acompañado de la creencia de que la muerte

resultará. Koro se diferencia del trastorno dismórfico corporal en varios aspectos, incluido un enfoque en la muerte en lugar de preocupación por la fealdad percibida. La preocupación dismórfica (que no es un trastorno del DSM-5) es un constructo más amplio que es similar, pero no equivalente, al trastorno dismórfico corporal. Implica síntomas que reflejan una preocupación excesiva por defectos leves o imaginarios en
apariencia.

Comorbilidad

El trastorno depresivo mayor es el trastorno comórbido más común y suele aparecer después de esa fecha.

Machine Translated by Google

del trastorno dismórfico corporal. También son comunes el trastorno comórbido de ansiedad social, el TOC y los trastornos relacionados con sustancias (incluido el uso de esteroides anabólicos androgénicos en la forma de dismorfia muscular del trastorno dismórfico corporal).

Trastorno de acaparamiento

Criterios de diagnóstico F42.3

A. Dificultad persistente para descartar o separarse de posesiones, independientemente de su valor actual.

B. Esta dificultad se debe a la necesidad percibida de guardar los artículos y al malestar asociado con su descarte.

C. La dificultad para descartar posesiones resulta en la acumulación de posesiones que congestionan y desordenan las áreas de vivienda activa y comprometen sustancialmente su uso previsto. Si las zonas habitables están despejadas, es sólo gracias a la intervención de terceros (por ejemplo, familiares, limpiadores, autoridades).

D. El acaparamiento causa angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (incluido el mantenimiento de un entorno seguro para uno mismo y los demás).

E. El acaparamiento no es atribuible a otra condición médica (por ejemplo, lesión cerebral, enfermedad cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi).

F. El acaparamiento no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, disminución de energía en el trastorno depresivo mayor, delirios en la esquizofrenia u otro trastorno psicótico, déficits cognitivos en el trastorno neurocognitivo mayor, intereses restringidos en desorden del espectro autista).

Especificar

si: Con adquisición excesiva: Si la dificultad para deshacerse de posesiones va acompañada de una adquisición excesiva de elementos que no son necesarios o para los cuales no hay espacio disponible.

Especifique

si: Con percepción buena o regular: El individuo reconoce que las creencias y comportamientos relacionados con el acaparamiento (relacionados con la dificultad para descartar artículos, el desorden o la adquisición excesiva) son problemáticos.

Con poca percepción: el individuo está mayormente convencido de que las creencias y comportamientos relacionados con el acaparamiento (relacionados con la dificultad para descartar artículos, el desorden o la adquisición excesiva) no son problemáticos a pesar de la evidencia de lo contrario.

Con percepción ausente/creencias delirantes: el individuo está completamente convencido de que las creencias y comportamientos relacionados con el acaparamiento (relacionados con la dificultad para descartar artículos, el desorden o la adquisición excesiva) no son problemáticos a pesar de la evidencia de lo contrario.

Machine Translated by Google

Prescriptores

Con adquisición excesiva. Aproximadamente entre el 80% y el 90% de las personas con trastorno de acaparamiento muestran una adquisición excesiva. La forma más frecuente de adquisición es la compra excesiva, seguida de la adquisición de artículos gratuitos (p. ej., folletos, artículos desechados por otros). Robar es menos común. Algunas personas pueden negar la adquisición excesiva cuando se les evalúa por primera vez, pero puede aparecer más adelante durante el curso del tratamiento. Las personas con trastorno de acaparamiento generalmente experimentan angustia si no pueden o se les impide adquirir artículos.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de acaparamiento es la dificultad persistente para descartar o separarse de posesiones, independientemente de su valor real (Criterio A). El término persistente indica una dificultad de larga data en lugar de circunstancias de vida más transitorias que pueden conducir a un desorden excesivo, como heredar propiedades. La dificultad para descartar posesiones señalada en el Criterio A se refiere a cualquier forma de descarte, incluido tirar, vender, regalar o reciclar.

Las principales razones dadas para esta dificultad son la utilidad percibida o el valor estético de los artículos o el fuerte apego sentimental a las posesiones. Algunas personas se sienten responsables del destino de sus posesiones y, a menudo, hacen todo lo posible para evitar desperdiciarlas. También son comunes los temores a perder información importante. Los artículos que se guardan con mayor frecuencia son periódicos, revistas, ropa, bolsos, libros, correo y papeles, pero prácticamente cualquier artículo se puede guardar. La naturaleza de los artículos no se limita a posesiones que la mayoría de las personas definirían como inútiles o de valor limitado. Muchas personas también recolectan y guardan una gran cantidad de cosas valiosas, que a menudo se encuentran en montones mezclados con otros artículos menos valiosos.

Los individuos con trastorno de acaparamiento guardan posesiones a propósito y experimentan angustia (p. ej., ansiedad, frustración, arrepentimiento, tristeza, culpa) cuando enfrentan la perspectiva de desecharlas (Criterio B). Este criterio enfatiza que el ahorro de posesiones es intencional, lo que discrimina el trastorno por acaparamiento de otras formas de psicopatología que se caracterizan por la acumulación pasiva de objetos o la ausencia de angustia cuando se retiran las posesiones.

Las personas acumulan una gran cantidad de artículos que llenan y abarrotan las áreas de vida activa hasta el punto de que el uso previsto ya no es posible (Criterio C). Por ejemplo, es posible que el individuo no pueda cocinar en la cocina, dormir en su cama o sentarse en una silla. Si el espacio se puede utilizar, es sólo con gran dificultad. El desorden se define como un gran grupo de objetos generalmente no relacionados o marginalmente relacionados, amontonados de manera desorganizada en espacios diseñados para otros fines (por ejemplo, mesas, pisos, pasillos). El Criterio C enfatiza las áreas de vivienda “activas” del hogar, en lugar de áreas más periféricas, como garajes, áticos o sótanos, que a veces están abarrotados en hogares de personas sin desorden de acaparamiento. Sin embargo, las personas con trastorno de acaparamiento a menudo tienen posesiones que se extienden más allá de las áreas de vida activa y pueden ocupar y perjudicar el uso de otros espacios, como vehículos, patios, el lugar de trabajo y las casas de amigos y familiares. En algunos casos, las zonas habitables pueden quedar despejadas sólo gracias a la intervención de terceros (por ejemplo, familiares, personal de limpieza, autoridades locales). Las personas que se han visto obligadas a vaciar sus casas todavía tienen un cuadro sintomático que cumple con los criterios del trastorno de acaparamiento porque

Machine Translated by Google

la falta de desorden es atribuible a la intervención de un tercero. El trastorno de acaparamiento contrasta con el comportamiento coleccionista normativo, que es organizado y selectivo, aunque en algunos casos la cantidad real de posesiones puede ser similar a la cantidad acumulada por un individuo con trastorno de acaparamiento. El coleccionismo normativo no produce el desorden, la angustia o el deterioro típico del trastorno de acaparamiento.

Los síntomas (es decir, dificultad para descartar y/o desorden) deben causar malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, incluido el mantenimiento de un entorno seguro para uno mismo y los demás (Criterio D). En algunos casos, particularmente cuando hay poca percepción, el individuo puede no reportar angustia y el

El deterioro puede ser evidente sólo para quienes rodean al individuo. Sin embargo, cualquier intento de terceros de descartar o limpiar las posesiones resulta en altos niveles de angustia.

Funciones asociadas

Otras características comunes del trastorno de acaparamiento incluyen indecisión, perfeccionismo, evitación, procrastinación, dificultad para planificar y organizar tareas y distracción. Algunas personas con trastorno de acaparamiento viven en condiciones insalubres que pueden ser una consecuencia lógica de espacios muy desordenados y/o que están relacionadas con dificultades de planificación y organización. El acaparamiento de animales puede definirse como la acumulación de un gran número de animales y la falta de proporcionar estándares mínimos de nutrición, saneamiento y atención veterinaria, así como la falta de acción sobre el deterioro de las condiciones de los animales (incluyendo enfermedades, hambre o muerte) y el medio ambiente (por ejemplo, hacinamiento severo, condiciones extremadamente insalubres). El acaparamiento de animales puede ser una manifestación especial del trastorno de acaparamiento. Muchas personas que atesoran animales también atesoran objetos inanimados. Las diferencias más destacadas entre el acaparamiento de animales y de objetos son la magnitud de las condiciones insalubres y la peor percepción del acaparamiento de animales.

Predominio

No se dispone de estudios de prevalencia representativos a nivel nacional del trastorno de acaparamiento. Las encuestas comunitarias estiman que la prevalencia puntual del acaparamiento clínicamente significativo en los Estados Unidos y Europa oscila entre el 1,5% y el 6%. En un metanálisis de 12 estudios en países de altos ingresos, se encontró una prevalencia del 2,5%, sin identificar diferencias de género. Esto contrasta con las muestras clínicas, que son predominantemente mujeres. En un estudio poblacional realizado en los Países Bajos, los síntomas de acumulación parecían ser casi tres veces más prevalentes en los adultos mayores (mayores de 65 años) en comparación con los adultos más jóvenes (de 30 a 40 años).

El desarrollo y el acaparamiento de cursos

parecen comenzar temprano en la vida y se extienden hasta las últimas etapas. Los síntomas de acaparamiento pueden surgir por primera vez entre los 15 y los 19 años, comenzar a interferir con el funcionamiento diario del individuo a mediados de los 20 y causar un deterioro clínicamente significativo a mediados de los 30.
Los participantes en estudios de investigación clínica suelen tener alrededor de 50 años. Por lo tanto, la gravedad del acaparamiento aumenta con cada década de la vida, especialmente después de los 30 años. Una vez que comienzan los síntomas, el curso del acaparamiento suele ser crónico, y pocos individuos informan un curso creciente y menguante.

Machine Translated by Google

El acaparamiento patológico en los niños parece distinguirse fácilmente de las conductas de ahorro y recolección adaptativas del desarrollo. Debido a que los niños y adolescentes generalmente no controlan su entorno de vida y descartan conductas, al realizar el diagnóstico se debe considerar la posible intervención de terceros (p. ej., los padres mantienen los espacios utilizables y así reducen las interferencias).

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. La indecisión es una característica destacada de las personas con trastorno de acaparamiento y sus familiares de primer grado.

Ambiental. Los individuos con trastorno de acaparamiento a menudo informan retrospectivamente situaciones estresantes y Acontecimientos traumáticos de la vida que preceden al inicio del trastorno o que causan una exacerbación.

Genético y fisiológico. El comportamiento de acaparamiento es familiar; Más del 50% de las personas que acumulan dinero afirman tener un pariente que también lo hace. Los estudios de gemelos indican que aproximadamente el 50% de la variabilidad en el comportamiento de acaparamiento es atribuible a factores genéticos aditivos y el resto a factores ambientales no compartidos.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura Si bien la mayor parte de la investigación se ha realizado en países occidentales, industrializados y comunidades urbanas, los datos disponibles de países de ingresos bajos y medios sugieren que el acaparamiento tiene características clínicas consistentes entre culturas, incluidas similitudes en la gravedad a nivel clínico. presentación y cogniciones y conductas asociadas. En contextos culturales en los que se otorga un gran valor al ahorro y al almacenamiento de posesiones, la presencia de angustia y deterioro funcional debe ser la base para el diagnóstico.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Las características clave del trastorno de acaparamiento (es decir, dificultad para descartar, cantidad excesiva de cosas desordenadas) son generalmente comparables en hombres y mujeres, pero las mujeres tienden a mostrar más adquisiciones excesivas, particularmente compras excesivas, que los hombres.

Consecuencias funcionales del trastorno de acaparamiento El desorden afecta las actividades básicas, como moverse por la casa, cocinar, limpiar, mantener la higiene personal e incluso dormir. Es posible que se rompan los electrodomésticos y que se desconecten servicios como el agua y la electricidad, ya que el acceso para realizar trabajos de reparación puede resultar difícil. La calidad de vida suele verse considerablemente afectada. En casos graves, el acaparamiento puede poner a las personas en riesgo de sufrir incendios, caídas (especialmente las personas mayores), condiciones sanitarias deficientes y otros riesgos para la salud. El trastorno de acaparamiento se asocia con deterioro ocupacional, mala salud física y alta utilización de servicios sociales. Las relaciones familiares suelen estar sometidas a grandes tensiones. Los conflictos con los vecinos y las autoridades locales son comunes, y una proporción sustancial de personas con trastornos graves de acaparamiento han estado involucradas en procedimientos legales de desalojo, y algunos tienen antecedentes de desalojo.

Diagnóstico diferencial

Machine Translated by Google

Otras condiciones médicas. El trastorno de acumulación no se diagnostica si se considera que los síntomas son consecuencia directa de otra afección médica (Criterio E), como lesión cerebral traumática, resección quirúrgica para el tratamiento de un tumor o control de convulsiones, enfermedad cerebrovascular, infecciones del sistema nervioso central. (p. ej., encefalitis por herpes simple) o afecciones neurogenéticas como el síndrome de Prader-Willi. El daño a las cortezas prefrontal ventromedial anterior y cingulada se ha asociado particularmente con la acumulación excesiva de objetos. En estos individuos, el comportamiento de acaparamiento no está presente antes del inicio del daño cerebral y aparece poco después de que ocurre el daño cerebral. Algunos de estos individuos parecen tener poco interés en los elementos acumulados y son capaces de descartarlos fácilmente o no les importa si otros los descartan, mientras que otros parecen muy reacios a descartar cualquier cosa.

Trastornos del neurodesarrollo. El trastorno de acaparamiento no se diagnostica si se considera que la acumulación de objetos es una consecuencia directa de un trastorno del desarrollo neurológico, como el trastorno del espectro autista o el trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual).

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. El trastorno de acaparamiento no se diagnostica si se considera que la acumulación de objetos es una consecuencia directa de delirios o síntomas negativos en el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Episodio depresivo mayor. El trastorno de acaparamiento no se diagnostica si se considera que la acumulación de objetos es una consecuencia directa de retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía durante un episodio depresivo mayor.

Trastorno obsesivo compulsivo. El trastorno de acaparamiento no se diagnostica si se considera que los síntomas son una consecuencia directa de obsesiones o compulsiones típicas, como miedos a la contaminación, daño o sentimientos de incompletitud en el trastorno obsesivo-compulsivo.

(TOC). Los sentimientos de incompletitud (por ejemplo, perder la propia identidad o tener que documentar y preservar todas las experiencias de la vida) son los síntomas más frecuentes del TOC asociados con esta forma de acaparamiento. La acumulación de objetos también puede ser el resultado de evitar persistentemente rituales onerosos (por ejemplo, no desechar objetos para evitar rituales interminables de lavado o revisión).

En el TOC, el comportamiento es generalmente no deseado y muy angustiante, y el individuo no experimenta placer ni recompensa por ello. Por lo general, no se presenta adquisición excesiva; si hay adquisición excesiva, los artículos se adquieren debido a una obsesión específica (por ejemplo, la necesidad de comprar artículos que han sido tocados accidentalmente para evitar contaminar a otras personas), no por un deseo genuino de poseer los artículos. Las personas que acumulan en el contexto del TOC también tienen más probabilidades de acumular artículos extraños, como basura, heces, orina, cortes de uñas de manos y pies, cabello, pañales usados o comida podrida. La acumulación de tales artículos es muy inusual en el trastorno por acaparamiento.

Cuando el acaparamiento severo aparece simultáneamente con otros síntomas típicos del TOC, pero se considera independiente de estos síntomas, se pueden diagnosticar tanto el trastorno de acaparamiento como el TOC.

Trastornos neurocognitivos. El trastorno de acaparamiento no se diagnostica si se considera que la acumulación de objetos es una consecuencia directa de un trastorno degenerativo, como el trastorno neurocognitivo asociado con la degeneración frontotemporal o la enfermedad de Alzheimer. Normalmente, el inicio de la conducta acumulativa es gradual y sigue al inicio del trastorno neurocognitivo. El

Machine Translated by Google

El comportamiento acumulado puede ir acompañado de autoabandono y miseria doméstica grave, junto con otros síntomas neuropsiquiátricos, como desinhibición, juego, rituales/estereotipias, tics y comportamientos autodestructivos.

Comorbilidad

Aproximadamente el 75% de las personas con trastorno de acaparamiento tienen un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad comórbido. Las condiciones comórbidas más comunes son el trastorno depresivo mayor (30%-50%), el trastorno de ansiedad social y el trastorno de ansiedad generalizada. Aproximadamente el 20% de las personas con trastorno de acaparamiento también tienen síntomas que cumplen con los criterios de diagnóstico del TOC. Estas comorbilidades pueden ser a menudo el principal motivo de consulta, porque es poco probable que los individuos informen espontáneamente síntomas de acaparamiento y, a menudo, no se pregunta sobre los síntomas de acaparamiento en las entrevistas clínicas de rutina.

Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo)

Criterios de diagnóstico	F63.3

A. Arrancarse el cabello de forma recurrente, lo que provoca su caída.

B. Intentos repetidos de disminuir o detener el tirón del cabello.

C. Arrancarse el cabello causa malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. El arrancarse el cabello o la caída del cabello no es atribuible a otra afección médica (p. ej., una condición dermatológica).

E. El arrancarse el cabello no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., intentos de mejorar un defecto percibido o una falla en la apariencia en el trastorno dismórfico corporal).

Características diagnósticas La

característica esencial de la tricotilomanía (trastorno del arrancamiento del cabello) es el arranque recurrente del propio cabello (Criterio A). El arranque del cabello puede ocurrir en cualquier región del cuerpo en

qué pelo crece; los sitios más comunes son el cuero cabelludo, las cejas y los párpados, mientras que los sitios menos comunes son las regiones axilar, facial, púbica y perirrectal. Los sitios donde se arranca el cabello pueden variar con el tiempo. Arrancarse el cabello puede ocurrir en episodios breves dispersos a lo largo del día o durante períodos menos frecuentes pero más sostenidos que pueden continuar durante horas, y ese arranque de cabello puede durar meses o años. El criterio A requiere que arrancarse el cabello provoque la caída del cabello, aunque las personas con este trastorno pueden arrancarse el cabello en un patrón ampliamente distribuido (es decir, arrancando pelos individuales de todo un sitio), de modo que la pérdida de cabello puede no ser claramente visible. Además, las personas pueden intentar ocultar o camuflar la caída del cabello (p. ej., mediante el uso de maquillaje, bufandas o peluca

Machine Translated by Google

Las personas con tricotilomanía han realizado repetidos intentos de disminuir o detener el tirón del cabello (Criterio B). El criterio C indica que arrancarse el cabello causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento. El término angustia incluye los afectos negativos que pueden experimentar las personas que se tiran del cabello, como sentir pérdida de control, vergüenza y vergüenza. Puede ocurrir un deterioro significativo en varias áreas diferentes del funcionamiento (p. ej., social, ocupacional, académica y de ocio), en parte debido a la evitación del trabajo, la escuela u otras situaciones públicas.

Funciones asociadas

Arrancar el cabello puede ir acompañado de una variedad de comportamientos o rituales relacionados con el cabello. Por lo tanto, las personas pueden buscar un tipo particular de cabello para arrancar (p. ej., pelos con una textura o color específico), pueden intentar arrancar el cabello de una manera específica (p. ej., para que la raíz salga intacta) o pueden visualmente examinar o manipular táctil u oralmente el cabello después de haberlo arrancado (p. ej., enrollar el cabello entre los dedos, tirar del mechón entre los dientes, morder el cabello en pedazos o tragarlo).

Arrancarse el cabello también puede ir precedido o acompañado de diversos estados emocionales; puede ser desencadenado por sentimientos de ansiedad o aburrimiento, puede estar precedido por una sensación creciente de tensión (ya sea inmediatamente antes de arrancarse el cabello o al intentar resistir el impulso de tirar), o puede conducir a gratificación, placer o sensación de aburrimiento. de alivio cuando se arranca el cabello. El comportamiento de arrancarse el cabello puede implicar diversos grados de conciencia, donde algunos individuos muestran una atención más centrada en el arranque del cabello (con tensión previa y alivio posterior), y otros individuos muestran un comportamiento más automático (en el que el arranque del cabello parece ocurrir sin una respuesta completa). conciencia). Muchas personas reportan una combinación de ambos estilos de comportamiento. Algunas personas experimentan una sensación de “picazón” u hormigueo en el cuero cabelludo que se alivia con el acto de tirar del cabello. El dolor no suele acompañar al tirón del cabello.

Los patrones de caída del cabello son muy variables. Son comunes las áreas de alopecia completa, así como áreas de densidad capilar adelgazada. Cuando se trata del cuero cabelludo, puede haber predilección por arrancar el cabello en la coronilla o en las regiones parietales. Puede haber un patrón de calvicie casi completa, excepto por un perímetro estrecho alrededor de los márgenes externos del cuero cabelludo, particularmente en la nuca (“tricotilomanía de la tonsura”). Las cejas y las pestañas pueden estar completamente ausentes.

Arrancar el cabello no suele ocurrir en presencia de otras personas, excepto miembros de la familia inmediata. Algunas personas sienten la necesidad de arrancarles el pelo a otras personas y, en ocasiones, pueden intentar encontrar oportunidades para hacerlo subrepticiamente. Algunas personas pueden arrancar pelos de mascotas, muñecas y otros materiales fibrosos (p. ej., suéteres o alfombras). Algunas personas pueden negar que les tiren el pelo a otras. La mayoría de las personas con tricotilomanía también tienen uno o más comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo, como rascarse la piel, morderse las uñas y morderse los labios.

Predominio

En la población general, los datos de muestras no representativas de EE. UU. han sugerido que la estimación de prevalencia de 12 meses para la tricotilomanía en adultos y adolescentes puede estar en

Machine Translated by Google

el rango del 1% al 2%. Las mujeres se ven afectadas con más frecuencia que los hombres en muestras clínicas o autoidentificadas, en una proporción estimada de 10:1 o mayor, pero la proporción de género puede estar más cerca de 2:1 en muestras comunitarias. Entre los niños con tricotilomanía, los niños y las niñas están representados de manera más equitativa. Una encuesta en línea realizada a más de 10.000 adultos de entre 18 y 69 años, representativos de la población general de EE. UU., encontró que el 1,7% se identificaba con tricotilomanía actual y que las tasas no diferían significativamente según el género (1,8% de los hombres y 1,7% de las mujeres).).

Desarrollo y evolución Se puede observar

arrancarse el cabello en los bebés, y este comportamiento generalmente se resuelve durante el desarrollo temprano. El inicio del tirón del cabello en la tricotilomanía suele coincidir o seguir al inicio de la pubertad. Los lugares donde se arranca el cabello pueden variar con el tiempo. El curso habitual de la tricotilomanía es crónico, con algunos altibajos si el trastorno no se trata. Los síntomas pueden empeorar en las mujeres antes de la menstruación, pero no de manera constante durante el embarazo. Para algunas personas, el trastorno puede aparecer y desaparecer durante semanas, meses o años seguidos. Una minoría de personas remite sin recaídas posteriores a los pocos años de su inicio.

Factores de Riesgo y Pronóstico Genéticos y

fisiológicos. Existe evidencia de una vulnerabilidad genética a la tricotilomanía. El trastorno es más común en personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y sus familiares de primer grado que en la población general.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

La tricotilomanía parece manifestarse de manera similar en todas las culturas y etnias, aunque hay escasez de datos de regiones no occidentales.

Marcadores de diagnóstico La

mayoría de las personas con tricotilomanía admiten que se arrancan el cabello; por tanto, rara vez se requiere un diagnóstico dermatopatológico. La biopsia de piel y la dermatoscopia (o tricoscopia) de la tricotilomanía pueden diferenciar el trastorno de otras causas de alopecia. En la tricotilomanía, la dermatoscopia muestra una variedad de rasgos característicos, que incluyen disminución de la densidad del cabello, vello corto y pelos rotos con diferentes longitudes de tallo.

Consecuencias funcionales de la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo)

La tricotilomanía se asocia con angustia, así como con deterioro social y ocupacional.
Puede haber daños irreversibles en el crecimiento y la calidad del cabello. Las consecuencias médicas poco frecuentes de la tricotilomanía incluyen púrpura digital, lesiones musculoesqueléticas (p. ej., síndrome del túnel carpiano; dolor de espalda, hombros y cuello), blefaritis y daño dental (p. ej., dientes desgastados o rotos como resultado de morderse el cabello). La deglución de cabello (tricofagia) puede provocar tricobezoares, con la posterior anemia, dolor abdominal, hematemesis, náuseas y vómitos, obstrucción intestinal e incluso perforación intestinal.

Diagnóstico diferencial

Machine Translated by Google

Depilación/manipulación normativa. La tricotilomanía no debe diagnosticarse cuando la depilación se realiza únicamente por motivos estéticos (es decir, para mejorar la apariencia física). Muchas personas retuercen y juegan con su cabello, pero este comportamiento generalmente no califica para un diagnóstico de tricotilomanía. Algunas personas pueden morder el cabello en lugar de tirarlo; Nuevamente, esto no califica para un diagnóstico de tricotilomanía.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados. Las personas con TOC y problemas de simetría pueden arrancarse el vello como parte de sus rituales de simetría, y las personas con trastorno dismórfico corporal pueden eliminar el vello corporal que perciben como feo, asimétrico o anormal; en tales casos no se realiza un diagnóstico de tricotilomanía.

Trastorno de movimientos estereotipados. El trastorno de movimientos estereotipados a veces puede implicar un comportamiento de tirarse del pelo. Por ejemplo, un niño con un trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) o un trastorno del espectro autista puede darse golpes estereotipados en la cabeza, morderse las manos o los brazos y tirarse del cabello cuando está frustrado o enojado y, a veces, cuando está emocionado. Este comportamiento, si es perjudicial, se diagnosticaría como trastorno de movimientos estereotipados (que coexiste con un trastorno del desarrollo intelectual o un trastorno del espectro autista) en lugar de tricotilomanía.

Desorden psicotico. Las personas con un trastorno psicótico pueden eliminarse el vello en respuesta a un delirio o una alucinación. La tricotilomanía no se diagnostica en tales casos.

Otra condición médica. La tricotilomanía no se diagnostica si el arranque o la caída del cabello es atribuible a otra afección médica (p. ej., inflamación de la piel u otras afecciones dermatológicas). Otras causas de alopecia no cicatricial (sin cicatrices) (p. ej., alopecia areata, alopecia androgénica, efluvio telógeno) o cicatricial (cicatricial) (p. ej., lupus eritematoso discoide crónico, liquen planopilar, alopecia cicatricial centrífuga central, pseudopelada, foliculitis decalvante, foliculitis disecante, acné keloidalis nuchae) debe considerarse en personas con pérdida de cabello que niegan arrancarse el cabello. La biopsia de piel o la dermatoscopia se pueden utilizar para diferenciar a las personas con tricotilomanía de aquellas con trastornos dermatológicos.

Trastornos relacionados con sustancias. Los síntomas de arrancarse el cabello pueden verse exacerbados por ciertas sustancias (por ejemplo, estimulantes), pero es menos probable que las sustancias sean la causa principal de arrancarse el cabello de manera persistente.

Comorbilidad La tricotilomanía suele ir acompañada de otros trastornos mentales, más comúnmente trastorno depresivo mayor y trastorno de excoriación (hurgarse la piel). Los síntomas repetitivos centrados en el cuerpo distintos de arrancarse el cabello o rascarse la piel (p. ej., morderse las uñas) ocurren en la mayoría de las personas con tricotilomanía y pueden merecer un diagnóstico adicional de otro trastorno obsesivo-compulsivo específico y relacionado (es decir, otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo). trastorno).

Trastorno de excoriación (hurgarse la piel)

Criterios de diagnóstico F42.4

Machine Translated by Google

A. Picaduras recurrentes de la piel que provocan lesiones cutáneas.

B. Intentos repetidos de disminuir o detener el rascado de la piel.

C. El rascado de la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. El rascado de la piel no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., sarna).

E. El rascado de la piel no se explica mejor por síntomas de otro trastorno mental (p. ej., delirios o alucinaciones táctiles en un trastorno psicótico, intentos de mejorar un defecto percibido o defecto en la apariencia en el trastorno dismórfico corporal, estereotipias en el trastorno de movimiento estereotipado o intención). hacerse daño a sí mismo mediante una autolesión no suicida).

Características diagnósticas La

característica esencial del trastorno de excoriación (pellizco de piel) es el rascado recurrente de la propia piel (Criterio A). Los sitios elegidos con más frecuencia son la cara, los brazos y las manos, pero muchas personas eligen entre varios sitios del cuerpo. Las personas pueden pellizcarse la piel sana, las irregularidades menores de la piel, las lesiones como granos o callos, o las costras de pellizcos anteriores. La mayoría de las personas se hurgan con las uñas, aunque muchas usan pinzas, alfileres u otros objetos. Además de rascarse la piel, es posible que haya que frotarla, apretarla, pincharla y morderla. Las personas con trastorno de excoriación a menudo dedican una cantidad significativa de tiempo a su comportamiento de hurgarse, a veces varias horas al día, y ese hurgarse la piel puede durar meses o años.

El criterio A requiere que el rascado de la piel provoque lesiones cutáneas, aunque los individuos con este trastorno a menudo intentan ocultar o camuflar dichas lesiones (p. ej., con maquillaje o ropa). Las personas con trastorno de excoriación han realizado repetidos intentos de disminuir o detener el rascado de la piel (Criterio B).

El criterio C indica que rascarse la piel causa malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento. El término angustia incluye los afectos negativos que pueden experimentar las personas que se rascan la piel, como sentir pérdida de control, vergüenza y vergüenza. Puede ocurrir un deterioro significativo en varias áreas diferentes del funcionamiento (p. ej., social, ocupacional, académica y de ocio), en parte debido a la evitación de situaciones sociales.

Funciones asociadas

Picarse la piel puede ir acompañado de una variedad de comportamientos o rituales que involucran la piel o las costras. Por lo tanto, las personas pueden buscar un tipo particular de costra para quitar y pueden examinar, jugar con la piel, o tragarla con la boca o tragarla después de haberla quitado. El rascado de la piel también puede ir precedido o acompañado de varios estados emocionales. Picarse la piel puede ser desencadenado por sentimientos de ansiedad o aburrimiento, puede estar precedido por una sensación creciente de tensión (ya sea inmediatamente antes de rascarse la piel o cuando se intenta resistir el impulso de rascarse) y puede conducir a gratificación, placer o sensación. de alivio cuando se ha arrancado la piel o la costra. Algunas personas informan

Machine Translated by Google

pellizcarse en respuesta a una irregularidad menor de la piel o para aliviar una sensación corporal incómoda. No se informa habitualmente que el dolor acompañe al rascado de la piel. Algunos individuos se pelan la piel de forma más concentrada (es decir, con tensión previa y alivio posterior), mientras que otros se pelan de forma más automática (es decir, cuando se pellizca la piel sin tensión previa y sin plena conciencia), y muchos tienen una combinación de ambos estilos de comportamiento. El rascado de la piel no suele ocurrir en presencia de otras personas, excepto miembros de la familia inmediata. Algunas personas informan que se rascan la piel de otras.

Predominio

Una encuesta en línea realizada a más de 10.000 adultos, de 18 a 69 años, de edades y géneros coincidentes con la población de EE. UU., encontró que el 2,1 % identificó que padecía un trastorno de excoriación actual y el 3,1 % informó haber padecido un trastorno de excoriación durante toda su vida. Tres cuartas partes o más de las personas con este trastorno son mujeres en muestras comunitarias.

Desarrollo y evolución

Aunque los individuos con trastorno de excoriación pueden presentarse a distintas edades, el rascado de la piel con mayor frecuencia comienza durante la adolescencia, comúnmente coincidiendo con o después del inicio de la pubertad. El trastorno frecuentemente comienza con una afección dermatológica, como el acné. Los lugares donde se pellizca la piel pueden variar con el tiempo. El curso habitual es crónico, con algunos aumentos y disminuciones si no se trata. Para algunas personas, el trastorno puede aparecer y desaparecer durante semanas, meses o años seguidos.

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico. Existe evidencia de una vulnerabilidad genética al trastorno de excoriación. El trastorno es más común en personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y sus familiares de primer grado que en la población general.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Hay datos limitados sobre la prevalencia y las características clínicas del trastorno de excoriación en todas las culturas. Sin embargo, las características clínicas parecen similares en estudios de personas en los Estados Unidos y otros países.

Marcadores diagnósticos

La mayoría de las personas con trastorno de excoriación admiten que se rascan la piel; por lo tanto, rara vez se requiere un diagnóstico dermatopatológico. Sin embargo, el trastorno puede tener rasgos característicos en la histopatología.

Consecuencias funcionales del trastorno de excoriación (hurgarse la piel)

El trastorno de excoriación se asocia con deterioro social y ocupacional. La mayoría de las personas con esta afección pasan al menos 1 hora al día cogiendo, pensando en pellizcar y resistiendo los impulsos de hacerlo. Muchas personas informan que también evitan eventos sociales o de entretenimiento.

Machine Translated by Google

como salir en público. La mayoría de las personas con este trastorno también informan que experimentan interferencias en el trabajo al rascarse la piel al menos una vez al día o semanalmente. Una proporción significativa de estudiantes con trastorno de excoriación informan haber faltado a la escuela, haber experimentado dificultades para manejar las responsabilidades en la escuela o haber tenido dificultades para estudiar debido a rascarse la piel. Las complicaciones médicas de pellizcarse la piel incluyen daño tisular, cicatrices e infección y pueden poner en peligro la vida. En raras ocasiones se ha informado sinovitis de las muñecas como resultado de pellizcos crónicos. Picarse la piel a menudo produce daños importantes en los tejidos y cicatrices. Con frecuencia requiere tratamiento con antibióticos para la infección y, en ocasiones, puede requerir cirugía.

Diagnóstico diferencial

Trastorno psicótico. El rascado de la piel puede ocurrir en respuesta a una ilusión (es decir, parasitosis) o una alucinación táctil (es decir, formicación) en un trastorno psicótico. En tales casos, no se debe diagnosticar el trastorno de excoriación.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados. Las compulsiones excesivas de lavado en respuesta a las obsesiones por la contaminación en personas con TOC pueden provocar lesiones en la piel, y puede ocurrir rascarse la piel en personas con trastorno dismórfico corporal que se rascan la piel por cuestiones de apariencia; en tales casos, no se debe diagnosticar el trastorno de excoriación. La descripción de otro trastorno de conducta repetitiva centrado en el cuerpo en otro trastorno obsesivo-compulsivo específico y relacionado excluye a los individuos cuyos síntomas cumplen con los criterios de diagnóstico del trastorno de excoriación.

Trastornos del neurodesarrollo. Si bien el trastorno de movimientos estereotipados puede caracterizarse por una conducta autolesiva repetitiva, su aparición se produce en el período temprano del desarrollo. Por ejemplo, las personas con la enfermedad neurogenética síndrome de Prader-Willi pueden tener un inicio temprano de pellizcar la piel y sus síntomas pueden cumplir con los criterios de trastorno de movimientos estereotipados. Si bien los tics en personas con trastorno de Tourette pueden provocar autolesiones, el comportamiento no es similar al de los tics en el trastorno de excoriación.

Dermatitis artefacta. La dermatitis artefacta (también conocida como “dermatitis facticia”) es un término utilizado en dermatología para referirse a lesiones cutáneas médicamente inexplicables, presumiblemente autoinducidas, en las que el individuo niega tener algún papel en su creación. Los casos en los que hay evidencia de engaño por parte del individuo con respecto a las lesiones de la piel se pueden diagnosticar como simulación (si el rascado de la piel está motivado por incentivos externos) o trastorno facticio (si el rascado de la piel ocurre en ausencia de recompensas externas obvias). . En ausencia de engaño, el trastorno de excoriación se puede diagnosticar si hay intentos repetidos de disminuir o detener el rascado de la piel.

Otros trastornos. El trastorno de excoriación no se diagnostica si el rascado de la piel se debe principalmente a la intención de hacerse daño, que es característica de las autolesiones no suicidas.

Otras condiciones médicas. El trastorno de excoriación no se diagnostica si el rascado de la piel se debe principalmente a otra afección médica. Por ejemplo, la sarna es una afección dermatológica asociada invariablemente con picazón y rascado intensos. Sin embargo, el trastorno de excoriación puede ser precipitado o exacerbado por una afección dermatológica subyacente. Por ejemplo, el acné puede provocar rasguños y rasguños, lo que también puede estar asociado con excoriación comórbida.

Machine Translated by Google

trastorno (el llamado acné excoriée). La diferenciación entre estas dos situaciones clínicas (acné con algo de rascado y pellizcado versus acné con trastorno de excoriación comórbido) requiere una evaluación del grado en que el rascado de la piel del individuo se ha vuelto independiente de la afección dermatológica subyacente.

Trastornos inducidos por sustancias/medicamentos. Los síntomas de hurgarse la piel también pueden ser inducidos por ciertas sustancias (p. ej., cocaína), en cuyo caso no se debe diagnosticar el trastorno de excoriación. Si tal rascado de piel es clínicamente significativo, entonces se debe considerar un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos.

Comorbilidad El

trastorno de excoriación suele ir acompañado de otros trastornos mentales. Dichos trastornos incluyen el TOC y la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello), así como el trastorno depresivo mayor.
La comorbilidad de la depresión parece ser más común en las mujeres. En muchos individuos con trastorno de excoriación se producen síntomas repetitivos centrados en el cuerpo distintos de rascarse la piel y arrancarse el pelo (p. ej., morderse las uñas) y pueden merecer un diagnóstico adicional de otro trastorno obsesivo-compulsivo específico y relacionado (es decir, otro trastorno de conducta repetitiva centrado en el cuerpo).).

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicamentos

Criterios de diagnóstico

R. En el cuadro clínico predominan las obsesiones, compulsiones, rascarse la piel, arrancarse el cabello, otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo u otros síntomas característicos de los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados.

B. Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de (1) y (2): 1. Los síntomas del Criterio A se

desarrollaron durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición o la abstinencia de un medicamento. .

2. La sustancia/medicamento involucrado es capaz de producir los síntomas en Criterio A.

C. La alteración no se explica mejor por un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado que no sea inducido por sustancias o medicamentos. Dicha evidencia de un trastorno obsesivo-compulsivo independiente y relacionado podría incluir lo siguiente: Los síntomas preceden al inicio del uso de la sustancia/

medicamento; los síntomas persisten durante un período de tiempo sustancial (p. ej., aproximadamente 1 mes) después

Machine Translated by Google

el cese de la abstinencia aguda o de la intoxicación grave; o hay otra evidencia que sugiere la existencia de un trastorno obsesivo-compulsivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos y relacionado (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Este diagnóstico debe realizarse además de un diagnóstico de intoxicación o abstinencia de sustancias sólo cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y sean lo suficientemente graves como para justificar atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos CIE-10-CM para los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados inducidos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno comórbido por uso de sustancias para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se realiza un diagnóstico adicional separado de trastorno por uso de sustancias. Si un trastorno leve por uso de sustancias es comórbido con el trastorno obsesivo-compulsivo inducido por sustancias y trastornos relacionados, el carácter de la cuarta posición es “1” y el médico debe registrar “trastorno leve por uso de [sustancias]” antes del trastorno obsesivo-compulsivo inducido por sustancias. y trastorno relacionado (p. ej., “trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por cocaína”). Si un trastorno por uso de sustancias moderado o grave es comórbido con el trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados inducidos por sustancias, el carácter de la cuarta posición es “2” y el médico debe registrar “trastorno por uso de [sustancias] moderado” o “trastorno por uso de [sustancias] severo trastorno por consumo de sustancias”, dependiendo de la gravedad del trastorno comórbido por consumo de sustancias. Si no hay un trastorno comórbido por uso de sustancias (p. ej., después de un consumo intenso de la sustancia una sola vez), entonces el carácter de la cuarta posición es “9” y el médico debe registrar solo el trastorno obsesivo-compulsivo inducido por sustancias y el trastorno relacionado.

	CIE-10-CM		
	Con trastorno por consumo leve	Con trastorno por consumo moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Sustancia tipo anfetamina (u otro estimulante)	F15.188	F15.288	F15.988
Cocaína	F14.188	F14.288	F14.988
Otra sustancia (o desconocida)	F19.188	F19.288	F19.988

Especificar (consulte la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias”, que indica si “con inicio durante la intoxicación” y/o “con inicio durante la abstinencia” se aplica a una clase de sustancia determinada; o especificar “con inicio después del uso de medicamentos” ”):

Con inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Machine Translated by Google

Con inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas se desarrollan durante o poco después de la abstinencia.

Con inicio después del uso de medicamentos: si los síntomas se desarrollaron al inicio de la medicación, con un cambio en el uso de la medicación o durante la retirada de la medicación.

Procedimientos de registro El

nombre del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducido por sustancia/medicamento comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína) que se presume que está causando los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados. El código de diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de fármaco y la presencia o ausencia de un trastorno comórbido por uso de sustancias. Para sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., ropinirol), se debe utilizar el código para "otra sustancia (o sustancia desconocida)"; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, también se deberá utilizar el mismo código.

Para registrar el nombre del trastorno, se enumera primero el trastorno comórbido por uso de sustancias (si lo hay), seguido de "con trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos" (incorporando el nombre de la sustancia/medicación etiológica específica), seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, inicio después del uso de medicamentos). Por ejemplo, en el caso de rascarse la piel repetidamente durante una intoxicación en un hombre con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.288 trastorno grave por consumo de cocaína con trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por cocaína, que se inicia durante la intoxicación. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno comórbido grave por consumo de cocaína. Si el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias ocurre sin un trastorno comórbido por uso de sustancias (p. ej., después de un consumo intenso de la sustancia una sola vez), no se observa ningún trastorno por uso de sustancias acompañante (p. ej., F15.988 trastorno obsesivo inducido por anfetaminas -trastorno compulsivo y relacionado, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia desempeña un papel importante en el desarrollo del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, cada una debe enumerarse por separado.

Características diagnósticas Las

características esenciales del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias/medicamentos son síntomas prominentes de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados (Criterio A) que se consideran atribuibles a los efectos de una sustancia (p. ej., droga de abuso). , medicamento).
Los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados deben haberse desarrollado durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición o la abstinencia de un medicamento o toxina, y la sustancia/medicamento debe ser capaz de producir los síntomas (Criterio B). El trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos debido a un tratamiento prescrito para un trastorno mental u otra afección médica debe aparecer mientras el individuo está recibiendo el medicamento. Una vez que se interrumpe el tratamiento, los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados generalmente mejorarán o remitirán en unos días o semanas.

Machine Translated by Google

(dependiendo de la vida media de la sustancia/medicamento y de la presencia de abstinencia). El diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducido por sustancias/medicamentos no debe darse si la aparición de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados precede al uso de la sustancia/medicamento, o si los síntomas persisten durante un período de tiempo sustancial, generalmente más largo. de 1 mes, desde el momento de la intoxicación grave o la abstinencia. El diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos debe realizarse en lugar de un diagnóstico de intoxicación o abstinencia de sustancias sólo cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y sean lo suficientemente graves como para justificar atención clínica independiente.

Funciones asociadas

Pueden ocurrir obsesiones, compulsiones, arrancarse el cabello, rascarse la piel u otros comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo en asociación con la intoxicación con las siguientes clases de sustancias: estimulantes (incluida la cocaína) y otras sustancias (o desconocidas). Los metales pesados y las toxinas también pueden causar síntomas de trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados.

Predominio

En la población general de EE. UU., los muy limitados datos disponibles indican que el trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados inducidos por sustancias o medicamentos son muy raros.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por sustancias y abstinencia de sustancias. Los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados pueden ocurrir en el contexto de intoxicación y abstinencia de sustancias. El diagnóstico de intoxicación o abstinencia de una sustancia específica suele ser suficiente para clasificar la presentación de los síntomas. Se debe realizar un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducido por sustancias o medicamentos, ya sea con inicio durante la intoxicación o durante la abstinencia, en lugar de un diagnóstico de intoxicación o abstinencia de sustancias si se considera que los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados son son superiores a los que normalmente se asocian con intoxicación o abstinencia y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica.

Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados (es decir, no inducidos por una Sustancia/medicamento-sustancia). El trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido se distingue de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado primario considerando el inicio, el curso y otros factores con respecto a las sustancias/medicamentos. Para las drogas de abuso, debe haber evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de uso o intoxicación. El trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos surge sólo en asociación con la intoxicación, mientras que un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado primario puede preceder al inicio del uso de sustancias/medicamentos. La presencia de características que son atípicas de un trastorno obsesivo-compulsivo primario y otros relacionados, como la edad atípica de inicio de los síntomas, puede sugerir una etiología inducida por sustancias. Se justifica un diagnóstico primario de trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado si los síntomas persisten durante un período de tiempo sustancial (aproximadamente 1 mes o más) después

Machine Translated by Google

el final de la intoxicación por sustancias o el individuo tiene antecedentes de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados.

Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados debido a otra afección médica. el obsesionante-

Si los síntomas compulsivos y relacionados son atribuibles a otra afección médica (es decir, en lugar de a la medicación tomada para la otra afección médica), se debe diagnosticar un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados debido a otra afección médica. La historia proporciona a menudo la base para el juicio. En ocasiones, puede ser necesario un cambio en el tratamiento de otra afección médica (p. ej., sustitución o interrupción del medicamento) para determinar si el medicamento es el agente causal (en cuyo caso los síntomas pueden explicarse mejor por la obsesividad inducida por sustancia/medicamento). -trastorno compulsivo y relacionados). Si la alteración es atribuible tanto a otra afección médica como al uso de sustancias, se pueden dar ambos diagnósticos (es decir, trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra afección médica y trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos). Cuando no hay pruebas suficientes para determinar si los síntomas son atribuibles a una sustancia/medicamento o a otra afección médica o son primarios (es decir, no atribuibles ni a una sustancia/medicamento ni a otra afección médica), se debe realizar un diagnóstico de otros síntomas obsesivos especificados o no. estaría indicado el trastorno compulsivo y relacionado.

Delirio. Si los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y los relacionados se producen exclusivamente durante el curso del delirio, se consideran una característica asociada del delirio y no se diagnostican por separado.

Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados debido a Otra condición médica

Criterios de diagnóstico F06.8

R. En el cuadro clínico predominan las obsesiones, compulsiones, preocupaciones por la apariencia, acaparamiento, rascarse la piel, arrancarse el cabello, otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo u otros síntomas característicos del trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados.

B. Existe evidencia a partir de la anamnesis, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

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

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especifique si:

Machine Translated by Google

Con síntomas similares al trastorno obsesivo-compulsivo: Si en la presentación clínica predominan los síntomas similares al trastorno obsesivo-compulsivo.

Con preocupaciones por la apariencia: si en la presentación clínica predomina la preocupación por los defectos o fallas percibidos en la apariencia.

Con síntomas de acaparamiento: Si en la presentación clínica predomina el acaparamiento.

Con síntomas de tirón del cabello: Si en la presentación clínica predomina el tirón del cabello.

Con síntomas de picazón en la piel: Si en la presentación clínica predomina el picazón en la piel.

Nota de codificación: incluya el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., F06.8 trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados debido a infarto cerebral). La otra afección médica debe codificarse y enumerarse por separado inmediatamente antes del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a la afección médica (p. ej., I69.398 infarto cerebral; F06.8 trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a infarto cerebral).

Características diagnósticas La característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados debido a otra afección médica son los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados clínicamente significativos que se consideran mejor explicados como la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

Los síntomas pueden incluir obsesiones prominentes, compulsiones, preocupaciones por la apariencia, acaparamiento, arrancarse el cabello, pellizcarse la piel u otros comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo (Criterio A).

El juicio de que los síntomas se explican mejor por la afección médica asociada debe basarse en la evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio (Criterio B).

Además, se debe juzgar que los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio C). El diagnóstico no se realiza si los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados ocurren sólo durante el curso de un delirio (Criterio D). Los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio E).

Para determinar si los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados son atribuibles a otra condición médica, una condición médica debe estar presente en el momento de la aparición de los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados. Además, debe establecerse que los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados pueden estar relacionados etiológicamente con la condición médica a través de un mecanismo fisiopatológico y que esto explica mejor los síntomas en el individuo.

Aunque no existen pautas infalibles para determinar si la relación entre los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados y la afección médica es etiológica, las consideraciones que pueden proporcionar alguna orientación para hacer este diagnóstico incluyen la presencia de una asociación temporal clara entre el inicio, la exacerbación, o remisión de la condición médica y los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados; la presencia de características que son atípicas de un trastorno obsesivo-compulsivo primario y otros relacionados (p. ej., edad atípica de inicio o

Machine Translated by Google

curso); y evidencia en la literatura de que un mecanismo fisiológico conocido (p. ej., daño estriatal debido a un infarto cerebral) causa síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados. Además, la alteración no puede explicarse mejor por un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado primario, un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos, u otro trastorno mental.

Se ha prestado considerable atención a la cuestión de si los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados pueden atribuirse a la infección por estreptococos del grupo A. La corea de Sydenham es la manifestación neurológica de la fiebre reumática, que a su vez se debe a una infección por estreptococos del grupo A. La corea de Sydenham se caracteriza por una combinación de síntomas motores y no motores. Las características no motoras incluyen obsesiones, compulsiones, déficit de atención y labilidad emocional. Aunque los individuos con corea de Sydenham pueden presentar características no neuropsiquiátricas de fiebre reumática aguda, como carditis y artritis, pueden presentar síntomas similares al trastorno obsesivo-compulsivo; a estas personas se les debe diagnosticar un trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados debido a otra afección médica.

Los trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes pediátricos asociados con infecciones estreptocócicas (PANDAS) se han identificado como otro trastorno autoinmune posinfeccioso caracterizado por la aparición repentina de obsesiones, compulsiones y/o tics acompañados de una variedad de síntomas neuropsiquiátricos agudos en ausencia de corea, carditis o artritis, después de una infección por estreptococos del grupo A. Sin embargo, dado que estos síntomas de inicio agudo pueden deberse a una variedad de otras infecciones o agresiones, se ha utilizado el término síndrome neuropsiquiátrico pediátrico de inicio agudo (PANS). PANS se caracteriza por la aparición abrupta y dramática de síntomas obsesivo-compulsivos o una ingesta de alimentos severamente restringida, junto con una variedad de síntomas neuropsiquiátricos adicionales. Se encuentran disponibles pautas de evaluación para este síndrome.

Funciones asociadas

Se sabe que otras afecciones médicas incluyen síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados como manifestación. Los ejemplos incluyen trastornos que conducen a daño estriatal, como el infarto cerebral o el trastorno de Huntington.

Desarrollo y evolución

El desarrollo y la evolución del trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados debido a otra afección médica generalmente siguen el curso de la enfermedad subyacente.

Marcadores de diagnóstico

Las evaluaciones de laboratorio y/o exámenes médicos son necesarios para confirmar el diagnóstico de otra afección médica.

Diagnóstico diferencial

Delirio. No se realiza un diagnóstico independiente de trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado debido a otra afección médica si la alteración se produce exclusivamente durante el curso de un delirio. Sin embargo, un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados debido a

Machine Translated by Google

Se puede indicar otra afección médica además de un diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor (demencia) si se considera que la etiología de los síntomas obsesivo-compulsivos es una consecuencia fisiológica del proceso patológico que causa la demencia y si los síntomas obsesivo-compulsivos son un factor destacado. parte de la presentación clínica.

Presentación mixta de síntomas (p. ej., estado de ánimo y síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados) que se consideran debidos a otra afección médica.

Si la presentación incluye una mezcla de diferentes tipos de síntomas, el trastorno mental específico debido a otra afección médica depende de qué síntomas predominen en el cuadro clínico.

Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados inducidos por sustancias/medicamentos. Si hay evidencia de uso reciente o prolongado de sustancias (incluidos medicamentos con efectos psicoactivos), abstinencia de una sustancia o exposición a una toxina, se debe considerar un trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados inducidos por sustancias o medicamentos. Cuando se diagnostica un trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados inducidos por sustancias/medicamentos en relación con las drogas de abuso, puede ser útil obtener una prueba de detección de drogas en orina o sangre u otra evaluación de laboratorio adecuada. Los síntomas que ocurren durante o poco después (es decir, dentro de las 4 semanas posteriores) a la intoxicación o abstinencia de sustancias o después del uso de medicamentos pueden ser especialmente indicativos de un trastorno obsesivo compulsivo y otros relacionados inducidos por sustancias o medicamentos, según el tipo, la duración o la cantidad. de la sustancia utilizada.

Trastornos obsesivo-compulsivos y afines (primarios). El trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra afección médica debe distinguirse de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado primario. En los trastornos mentales primarios, no se pueden demostrar mecanismos fisiológicos causales específicos y directos asociados con una afección médica. Los síntomas de aparición aguda, la edad de inicio tardía o los síntomas atípicos sugieren la necesidad de una evaluación exhaustiva para descartar el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debido a otra afección médica.

Trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad por enfermedad se caracteriza por la preocupación por tener o adquirir una enfermedad grave. En el caso del trastorno de ansiedad por enfermedad, las personas pueden tener o no condiciones médicas diagnosticadas.

Característica asociada de otro trastorno mental. Los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados pueden ser una característica asociada de otro trastorno mental (p. ej., esquizofrenia, anorexia nerviosa).

Otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado especificado o trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado no especificado.

Estos diagnósticos se dan si no está claro si los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados son primarios, inducidos por sustancias o se deben a otra afección médica.

Otros Obsesivo-Compulsivos Especificados y Afines Trastorno

F42.8

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que se presentan síntomas característicos de un trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Machine Translated by Google

predominan pero no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados. La categoría de otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado específico se utiliza en situaciones en las que el médico elige comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de ningún trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado específico. Esto se hace registrando “otro trastorno obsesivo-compulsivo específico y relacionado” seguido del motivo específico (p. ej., “celos obsesivos”).

Ejemplos de presentaciones que se pueden especificar usando la designación “otro especificado” incluyen los siguientes: 1. Trastorno

similar a la dismórfica corporal con defectos reales: Es similar al trastorno dismórfico corporal excepto que los defectos o fallas en la apariencia física son claramente observables por otros. (es decir, son más notorios que “leve”). En tales casos, la preocupación por estos defectos es claramente excesiva y causa un deterioro o angustia significativos.

2. Trastorno tipo dismórfico corporal sin conductas repetitivas: Presentaciones que cumplen con el trastorno dismórfico corporal excepto que el individuo nunca ha realizado conductas o actos mentales repetitivos en respuesta a la apariencia.
preocupaciones.

3. Otro trastorno de conducta repetitiva centrado en el cuerpo: presentaciones que involucran comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo recurrentes distintos de arrancarse el cabello y rascarse la piel (p. ej., morderse las uñas, morderse los labios, morderse las mejillas) que van acompañados de intentos repetidos de disminuir o detener los comportamientos y que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

4. Celos obsesivos: se caracterizan por una preocupación no delirante por la infidelidad percibida de la pareja. Las preocupaciones pueden llevar a comportamientos o actos mentales repetitivos en respuesta a las preocupaciones sobre la infidelidad; causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento; y no se explican mejor por otro trastorno mental como el trastorno delirante, el tipo celoso o el trastorno de personalidad paranoide.

5. Trastorno de referencia olfativa (síndrome de referencia olfativa): se caracteriza por la preocupación persistente del individuo por la creencia de que emite un olor corporal desagradable u ofensivo que es imperceptible o apenas perceptible para los demás; En respuesta a esta preocupación, estos individuos a menudo adoptan conductas repetitivas y excesivas, como comprobar repetidamente el olor corporal, ducharse excesivamente o buscar tranquilidad, así como intentos excesivos de camuflar el olor percibido. Estos síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento. En la psiquiatría tradicional japonesa, este trastorno se conoce como jikoshu-kyofu, una variante del taijin kyofusho (consulte “Cultura y diagnóstico psiquiátrico” en la Sección III).

Machine Translated by Google

6. Shubo-kyofu: una variante del taijin kyofusho (ver “Cultura y diagnóstico psiquiátrico” en la Sección III) que es similar al trastorno dismórfico corporal y se caracteriza por un miedo excesivo a tener una deformidad corporal.
7. Koro: relacionado con el síndrome de dhat (ver “Cultura y diagnóstico psiquiátrico” en la Sección III), un episodio de ansiedad repentina e intensa de que el pene en los hombres (o la vulva y los pezones en las mujeres) retroceda hacia el interior del cuerpo, lo que posiblemente provoque a muerte.

Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados no especificados

F42.9

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la lista. Clase diagnóstica de trastornos obsesivo-compulsivos y afines. La categoría de trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide no especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados específico e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer una diagnóstico más específico (p. ej., en salas de emergencia).

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Trastornos relacionados con traumas y factores estresantes

Los trastornos relacionados con traumas y factores estresantes incluyen trastornos en los que la exposición a un evento traumático o estresante se enumera explícitamente como criterio de diagnóstico. Estos incluyen el trastorno de apego reactivo, el trastorno de participación social desinhibida, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno de estrés agudo, los trastornos de adaptación y el trastorno de duelo prolongado. La ubicación de este capítulo refleja la estrecha relación entre estos diagnósticos y trastornos en los capítulos circundantes sobre trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, y trastornos disociativos.

La angustia psicológica después de la exposición a un evento traumático o estresante es bastante variable. En algunos casos, los síntomas pueden entenderse bien dentro de un contexto basado en la ansiedad o el miedo. Está claro, sin embargo, que muchos individuos que han estado expuestos a un evento traumático o estresante exhiben un fenotipo en el cual, más que síntomas basados en la ansiedad o el miedo, las características clínicas más prominentes son síntomas anhedónicos y disfóricos, que exteriorizan el enojo y la agresividad. síntomas o síntomas disociativos. Debido a estas expresiones variables de malestar clínico después de la exposición a eventos catastróficos o aversivos, los trastornos antes mencionados se agrupan en una categoría separada: trastornos relacionados con traumas y factores estresantes.
Además, no es raro que el cuadro clínico incluya alguna combinación de los síntomas anteriores (con o sin síntomas basados en ansiedad o miedo). Este cuadro heterogéneo también se reconoce desde hace tiempo en los trastornos de adaptación. La negligencia social, es decir, la ausencia de cuidados adecuados durante la infancia, es un requisito diagnóstico tanto del trastorno de apego reactivo como del trastorno de compromiso social desinhibido. Aunque los dos trastornos comparten una etiología común, el primero se expresa como un trastorno internalizante con síntomas depresivos y conducta retraída, mientras que el segundo se caracteriza por desinhibición y conducta externalizante. Finalmente, desde hace tiempo se reconoce que, si bien el duelo, la desesperación y la disforia general pueden ser parte del proceso normal de duelo después de la muerte de un ser querido, la expresión de tales emociones a veces es anormalmente excesiva en duración y/o intensidad. El diagnóstico del trastorno de duelo prolongado se ha introducido en este capítulo para abordar esta preocupación clínica.

Trastorno reactivo de la vinculación

Criterios de diagnóstico F94.1

A. Un patrón constante de comportamiento inhibido y retraído emocionalmente hacia un adulto. cuidadores, manifestado por los dos siguientes: 1. El niño

rara vez o mínimamente busca consuelo cuando está angustiado.

2. El niño rara vez o mínimamente responde al consuelo cuando está angustiado.

Machine Translated by Google

B. Un trastorno social y emocional persistente caracterizado por al menos dos de lo siguiente: 1.

Mínima capacidad de respuesta social y emocional hacia los demás.

2. Afecto positivo limitado.

3. Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicables que son evidentes incluso durante interacciones no amenazantes con cuidadores adultos.

C. El niño ha experimentado un patrón de extremos de atención insuficiente como evidenciado por al menos uno de los siguientes: 1.

Negligencia o privación social en forma de falta persistente de necesidades emocionales básicas de comodidad, estimulación y afecto satisfechas por los adultos cuidadores.

2. Cambios repetidos de cuidadores principales que limitan las oportunidades de formar vínculos estables (por ejemplo, cambios frecuentes en el cuidado de crianza).

3. Criar en entornos inusuales que limitan gravemente las oportunidades de formar vínculos selectivos (por ejemplo, instituciones con una alta proporción de niños por cuidador).

D. Se presume que la atención en el Criterio C es responsable de la conducta perturbada en el Criterio A (por ejemplo, las perturbaciones en el Criterio A comenzaron después de la falta de atención adecuada en el Criterio C).

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

F. La alteración es evidente antes de los 5 años.

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

Especificar

si: Persistente: El trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

Especifique la gravedad

actual: el trastorno de apego reactivo se especifica como grave cuando un niño presenta todos los síntomas del trastorno, y cada síntoma se manifiesta en niveles relativamente altos.

Características diagnósticas El

trastorno de apego reactivo se caracteriza por un patrón de conductas de apego marcadamente perturbadas y evolutivamente inapropiadas, en las que un niño rara vez o mínimamente recurre preferentemente a una figura de apego en busca de consuelo, apoyo, protección y cuidado. La característica esencial es el apego ausente o muy subdesarrollado entre el niño y los supuestos adultos que lo cuidan. Se cree que los niños con trastorno de apego reactivo tienen la capacidad de formar apegos selectivos. Sin embargo, debido a las limitadas oportunidades durante el desarrollo temprano, no logran mostrar las manifestaciones conductuales de apegos selectivos. Es decir, cuando están angustiados, no muestran ningún esfuerzo constante por obtener consuelo, apoyo, cariño o protección de sus cuidadores. Además, cuando están angustiados, los niños con este trastorno no responden más que

Machine Translated by Google

mínimamente a los esfuerzos reconfortantes de los cuidadores. Por tanto, el trastorno se asocia con la ausencia de la búsqueda de consuelo esperada y de respuesta a conductas reconfortantes. Como tal, los niños con trastorno reactivo del apego muestran una expresión disminuida o ausente de emociones positivas durante las interacciones rutinarias con los cuidadores. Además, su capacidad de regulación emocional se ve comprometida y presentan episodios de emociones negativas de miedo, tristeza o irritabilidad que no se explican fácilmente. No se debe realizar un diagnóstico de trastorno de apego reactivo en niños cuyo desarrollo no sea capaz de formar apegos selectivos. Por este motivo, el niño debe tener una edad de desarrollo de al menos 9 meses. La evaluación diagnóstica se ve reforzada por múltiples fuentes de información, lo que respalda que los síntomas son evidentes en todos los contextos.

Funciones asociadas

Debido a la asociación etiológica compartida con la negligencia social, el trastorno de apego reactivo a menudo coexiste con retrasos en el desarrollo, especialmente en retrasos en la cognición y el lenguaje. Otras características asociadas incluyen estereotipias y otros signos de negligencia grave (p. ej., desnutrición o signos de mala atención).

Predominio

Se desconoce la prevalencia del trastorno de apego reactivo, pero el trastorno se observa relativamente raramente en entornos clínicos. El trastorno se ha encontrado en niños pequeños expuestos a negligencia severa antes de ser colocados en hogares de acogida o criados en instituciones. El trastorno es poco común y suele ocurrir en menos del 10% de los niños abandonados, incluso en casos de abandono grave.

Desarrollo y evolución Las condiciones

de abandono social suelen estar presentes en los primeros meses de vida de los niños diagnosticados con trastorno reactivo del apego, incluso antes de que se diagnostique el trastorno. Las características clínicas del trastorno se manifiestan de manera similar entre las edades de 9 meses y 5 años. Es decir, los signos de conductas de apego nulas o mínimas y conductas emocionalmente aberrantes asociadas son evidentes en los niños de todo este rango de edad, aunque las diferentes capacidades cognitivas y motoras pueden afectar la forma en que se expresan estas conductas. La remediación y la recuperación sintomática pueden ocurrir a través de entornos de cuidado normativos; sin embargo, en ausencia de mejores cuidados, los signos del trastorno pueden persistir, al menos durante varios años. Los signos persistentes de trastorno de apego reactivo en la adolescencia temprana pueden estar asociados con problemas en el funcionamiento social. Se sabe menos sobre la presentación clínica del trastorno reactivo del apego en niños mayores y el diagnóstico debe realizarse con precaución en niños mayores de 5 años.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La negligencia social grave es un requisito diagnóstico para el trastorno de apego reactivo y también es el único factor de riesgo conocido para el trastorno. Sin embargo, la mayoría de los niños gravemente abandonados no desarrollan el trastorno. El pronóstico para los niños con este trastorno parece depender de la calidad del entorno de cuidado después de una negligencia grave.

Machine Translated by Google

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

Existe información limitada sobre el comportamiento de apego reactivo en niños pequeños de diversos orígenes culturales en todo el mundo. Las expectativas culturales sobre las conductas de apego y las prácticas de cuidado pueden influir en el desarrollo y la preocupación por estos patrones de conducta y sus presentaciones en diferentes entornos. Se debe tener precaución al hacer el diagnóstico de trastorno reactivo del apego en contextos culturales en los que no se ha estudiado el apego.

Los síntomas del trastorno de apego reactivo pueden ser más comunes en situaciones en las que las figuras de apego han experimentado un trauma extenso, como en zonas de guerra; Los estilos de apego también pueden variar entre los niños migrantes y refugiados durante el período de reasentamiento. Las variaciones en las prácticas de cuidado cariñoso pueden influir en el riesgo de trastorno de apego reactivo.

Consecuencias funcionales del trastorno de apego reactivo

El trastorno de apego reactivo perjudica significativamente la capacidad de los niños pequeños para relacionarse interpersonalmente con adultos o compañeros y se asocia con deterioro funcional en muchos ámbitos de la primera infancia.

Diagnóstico diferencial

Desorden del espectro autista. Los comportamientos sociales aberrantes se manifiestan en niños pequeños con trastorno de apego reactivo, pero también son características clave del trastorno del espectro autista. Específicamente, los niños pequeños con cualquiera de las afecciones pueden manifestar una expresión disminuida de emociones positivas, retrasos cognitivos y del lenguaje y deficiencias en la reciprocidad social. Como resultado, el trastorno de apego reactivo debe diferenciarse del trastorno del espectro autista. Estos

Se pueden distinguir dos trastornos en función de historias diferenciales de negligencia y de la presencia de intereses restringidos o conductas ritualizadas, déficit específico en la comunicación social y conductas de apego selectivo. Los niños con trastorno reactivo del apego han experimentado una historia de negligencia social severa, aunque no siempre es posible obtener historias detalladas sobre la naturaleza precisa de sus experiencias, especialmente en las evaluaciones iniciales. Los niños con trastorno del espectro autista rara vez tendrán antecedentes de negligencia social. Los intereses restringidos y las conductas repetitivas características del trastorno del espectro autista no son una característica del trastorno de apego reactivo. Estas características clínicas se manifiestan como una adherencia excesiva a los rituales y rutinas; intereses restringidos y fijos; y reacciones sensoriales inusuales. Sin embargo, es importante señalar que los niños con cualquiera de las afecciones pueden exhibir comportamientos estereotipados como mecerse o aletear. Los niños con cualquiera de los trastornos también pueden exhibir una variedad de funcionamiento intelectual, pero sólo los niños con trastorno del espectro autista exhiben deficiencias selectivas en las conductas comunicativas sociales, como la comunicación intencional (es decir, deficiencias en la comunicación que es deliberada, dirigida a objetivos y dirigida a influir). el comportamiento del destinatario). Los niños con trastorno de apego reactivo muestran un funcionamiento comunicativo social comparable a su nivel general de funcionamiento intelectual. Finalmente, los niños con trastorno del espectro autista muestran regularmente un comportamiento de apego típico de su nivel de desarrollo. Por el contrario, los niños con trastorno de apego reactivo lo hacen sólo en raras ocasiones o de manera inconsistente, si es que lo hacen.

Las observaciones estructuradas pueden ayudar a discriminar entre los dos trastornos.

Machine Translated by Google

Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual). Los retrasos en el desarrollo suelen acompañar al trastorno de apego reactivo, pero no deben confundirse con el trastorno. Los niños con trastorno del desarrollo intelectual deben exhibir habilidades sociales y emocionales comparables a sus habilidades cognitivas y no demuestran la profunda reducción en el afecto positivo y las dificultades de regulación de las emociones evidentes en los niños con trastorno de apego reactivo. Además, los niños con retraso en el desarrollo que han alcanzado una edad cognitiva de 7 a 9 meses deben demostrar apegos selectivos independientemente de su edad cronológica. Por el contrario, los niños con trastorno de apego reactivo muestran una falta de apego preferido a pesar de haber alcanzado una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Trastornos depresivos. La depresión en los niños pequeños también se asocia con reducciones en el afecto positivo. Sin embargo, hay pruebas limitadas que sugieren que los niños con trastornos depresivos tienen deficiencias en el apego. Es decir, los niños pequeños a los que se les ha diagnosticado trastornos depresivos aún deben buscar y responder a los esfuerzos de consuelo de sus cuidadores.

Comorbilidad Las condiciones asociadas con la negligencia, incluidos retrasos cognitivos, retrasos en el lenguaje y estereotipias, a menudo coexisten con el trastorno de apego reactivo. Las condiciones médicas, como la desnutrición grave, pueden acompañar a los signos del trastorno. Los síntomas de internalización también pueden coexistir con el trastorno de apego reactivo. Se ha sugerido una relación entre el trastorno de apego reactivo y los problemas de conducta externalizantes o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), pero no se ha establecido claramente.

Trastorno de participación social desinhibida

Criterios de diagnóstico	F94.2

A. Un patrón de comportamiento en el que un niño se acerca e interactúa activamente con adultos desconocidos y exhibe al menos dos de los siguientes: 1.

Reticencia reducida o ausente al acercarse e interactuar con desconocidos. adultos.

2. Comportamiento verbal o físico demasiado familiar (que no es consistente con los límites sociales culturalmente sancionados y apropiados para la edad).

3. Consulta disminuida o ausente con el cuidador adulto después de aventurarse lejos, incluso en entornos desconocidos.

4. Voluntad de salir con un adulto desconocido con una vacilación mínima o nula.

B. Las conductas del Criterio A no se limitan a la impulsividad (como en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad), sino que incluyen conductas socialmente desinhibidas.

C. El niño ha experimentado un patrón de extremos de atención insuficiente como

Machine Translated by Google

evidenciado por al menos uno de los siguientes: 1.

Negligencia o privación social en forma de falta persistente de necesidades emocionales básicas de comodidad, estimulación y afecto satisfechas por los adultos cuidadores.

2. Cambios repetidos de cuidadores principales que limitan las oportunidades de formar vínculos estables (por ejemplo, cambios frecuentes en el cuidado de crianza).

3. Criar en entornos inusuales que limitan gravemente las oportunidades de formar vínculos selectivos (por ejemplo, instituciones con una alta proporción de niños por cuidador).

D. Se presume que el cuidado en el Criterio C es responsable de la conducta perturbada en el Criterio A (por ejemplo, las alteraciones en el Criterio A comenzaron después de la atención patogénica en el Criterio C).

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

Especificar

si: Persistente: El trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

Especifique la gravedad

actual: el trastorno de participación social desinhibida se especifica como grave cuando el niño presenta todos los síntomas del trastorno, y cada síntoma se manifiesta en niveles relativamente altos.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de participación social desinhibida es un patrón de comportamiento que implica un comportamiento culturalmente inapropiado y demasiado familiar con relativamente extraños (Criterio A). Este comportamiento demasiado familiar viola los límites sociales de la cultura. No se debe realizar un diagnóstico de trastorno de participación social desinhibida antes de que los niños sean capaces de desarrollar vínculos selectivos. Por este motivo, el niño debe tener una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Funciones asociadas

Debido a la asociación etiológica compartida con la negligencia social, el trastorno de participación social desinhibida puede coexistir con retrasos en el desarrollo, especialmente retrasos cognitivos y del lenguaje, estereotipias y otros signos de negligencia grave, como desnutrición o atención deficiente. Sin embargo, los signos del trastorno a menudo persisten incluso después de que estos otros signos de negligencia ya no están presentes. Por lo tanto, no es raro que los niños con este trastorno no presenten signos actuales de negligencia. Además, la afección puede presentarse en niños que no muestran signos de apego desordenado. Por lo tanto, el trastorno de compromiso social desinhibido puede observarse en niños con antecedentes de negligencia que carecen de apego o cuyo apego a sus cuidadores varía de perturbado a perturbado.
seguro.

Predominio

Se desconoce la prevalencia del trastorno de participación social desinhibida. Sin embargo, el trastorno parece ser poco común y ocurre en una minoría de niños, incluso en aquellos que han experimentado

Machine Translated by Google

privación temprana severa. En las poblaciones comunitarias de bajos ingresos del Reino Unido, la prevalencia es de hasta el 2%.

Desarrollo y evolución Las condiciones de abandono social suelen estar presentes en los primeros meses de vida de los niños diagnosticados con trastorno de participación social desinhibida, incluso antes de que se diagnostique el trastorno. Como lo señala la investigación entre niños con antecedentes de atención institucional, si la negligencia ocurre temprano y aparecen signos del trastorno, las características clínicas del trastorno son moderadamente estables en el tiempo, particularmente si las condiciones de negligencia persisten.

Se han descrito signos de trastorno de participación social desinhibida desde el segundo año de vida hasta la adolescencia en niños criados en entornos institucionales, e incluso hasta la edad adulta temprana. Existen algunas diferencias en las manifestaciones del trastorno desde la primera infancia hasta edades más avanzadas. A edades más tempranas, en muchas culturas, los niños suelen mostrar reticencia al interactuar con extraños, lo cual no es patológico, incluso si se crían en instituciones y hogares de acogida. Sin embargo, los niños pequeños con este trastorno no muestran reticencia a acercarse y se relacionan con adultos desconocidos, e incluso los acompañan, sin dudarlo, como lo demuestran las investigaciones entre niños con antecedentes de atención institucionalizada. En los niños en edad preescolar criados en entornos institucionales en el Reino Unido o los Estados Unidos, la intrusión verbal y social parecía más prominente, a menudo acompañada de un comportamiento de búsqueda de atención; Los niños en edad preescolar criados en entornos institucionales en varios países han mostrado un patrón de contacto físico con extraños. La excesiva familiaridad verbal y física continuó durante la niñez media, a veces acompañada de expresiones de emoción no auténticas. En la adolescencia, el comportamiento indiscriminado puede extenderse a sus compañeros. En comparación con los adolescentes sanos, los adolescentes con este trastorno tienen relaciones con sus pares más “superficiales” y más conflictos con sus pares. Las manifestaciones del trastorno en adultos parecen ser similares, pero pueden incluir una revelación excesiva de uno mismo y una menor conciencia de los extraños.

Factores de Riesgo y Pronóstico Temperamental.

Existe cierta evidencia de investigaciones con adoptados internacionales en los Estados Unidos de que tanto la disminución de la sensibilidad a la recompensa como la disminución del control inhibitorio están asociados con un comportamiento social indiscriminado.

Ambiental. La negligencia social grave es un requisito diagnóstico para el trastorno de participación social desinhibida. La justificación de este requisito incluye investigaciones que encuentran una fuerte asociación entre la negligencia y las características del trastorno. También se han implicado otros factores, como múltiples interrupciones en la colocación, trastorno límite de la personalidad en la madre y conductas de cuidado aberrantes y baja calidad de la atención. Todo ello contribuye al criterio de atención insuficiente. Aun así, la mayoría de los niños gravemente abandonados no desarrollan el trastorno. El trastorno no se ha identificado en niños que experimentan negligencia social sólo después de los 2 años.

El pronóstico sólo se asocia modestamente con la calidad del ambiente de cuidado después de una negligencia grave. En muchos casos, el trastorno persiste, incluso en niños cuyo entorno de cuidado mejora notablemente.

Machine Translated by Google

Genético y fisiológico. Se han asociado varios factores neurobiológicos con los síntomas del trastorno, pero los hallazgos sobre la naturaleza de dichos factores y su vínculo específico con el trastorno siguen siendo preliminares.

Modificadores de curso. La calidad del cuidado parece moderar el curso del trastorno de participación social desinhibida, al menos en niños pequeños. Sin embargo, incluso después de ser colocados en entornos de cuidado normativos, algunos niños muestran signos persistentes del trastorno durante la adolescencia y la edad adulta.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Existe información transcultural limitada sobre el trastorno de participación social desinhibida. Las expectativas culturales sobre los comportamientos sociales de los niños pueden afectar su nivel de desinhibición

hacia los extraños. La ausencia de reticencia que es característica del trastorno de compromiso social desinhibido debería exceder las normas culturalmente aceptadas.

Consecuencias funcionales del trastorno de participación social desinhibida

El trastorno de participación social desinhibida perjudica significativamente la capacidad de los niños pequeños para relacionarse interpersonalmente con adultos y compañeros. Tanto el funcionamiento social general como la competencia social pueden verse afectados, junto con un mayor riesgo de conflictos entre pares y victimización.

Diagnóstico diferencial

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los niños con trastorno de compromiso social desinhibido se pueden distinguir de aquellos con TDAH acompañado de impulsividad social, ya que los primeros no muestran dificultades de atención ni hiperactividad.

Comorbilidad

Las condiciones asociadas con la negligencia, incluidos retrasos cognitivos, retrasos en el lenguaje y estereotipias, pueden coexistir con el trastorno de participación social desinhibida. También puede coexistir un trastorno del espectro autista. En los niños más pequeños y en la niñez media, el trastorno de participación social desinhibida a menudo coexiste con el TDAH y los trastornos de externalización; Se ha propuesto que esta coexistencia se relaciona con deficiencias comunes en el control inhibidor cognitivo.

Trastorno de estrés postraumático

Criterios de diagnóstico F43.10

Trastorno de estrés postraumático en personas mayores de 6 años

Nota: Los siguientes criterios se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años.

Machine Translated by Google

años. Para niños de 6 años y menos, consulte los criterios correspondientes a continuación.

A. Exposición a muerte real o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual en un (o más) de las siguientes maneras: 1.

Experimentar directamente el evento traumático.

2. Ser testigo, en persona, del evento tal como les ocurrió a otros.

3. Saber que el evento traumático le ocurrió a un familiar cercano o a un amigo cercano. En casos de muerte real o amenaza de muerte de un familiar o amigo, el evento debe haber sido violento o accidental.

4. Experimentar una exposición repetida o extrema a detalles aversivos de los eventos traumáticos (por ejemplo, socorristas recogiendo restos humanos; agentes de policía expuestos repetidamente a detalles de abuso infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas de intrusión asociados con el evento traumático, que comienzan después de que ocurrieron los eventos traumáticos: 1. Recuerdos

angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento traumático.
eventos).

Nota: En niños mayores de 6 años, pueden ocurrir juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del evento traumático.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño están relacionados con el evento traumático.

Nota: En los niños pueden aparecer sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., flashbacks) en las que el individuo siente o actúa como si el evento traumático fuera recurrente. (Estas reacciones pueden ocurrir en un continuo, siendo la expresión más extrema una pérdida total de conciencia del entorno presente).

Nota: En los niños, la recreación de un trauma específico puede ocurrir durante el juego.

4. Angustia psicológica intensa o prolongada al exponerse a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto del evento traumático.

5. Reacciones fisiológicas marcadas a señales internas o externas que simbolizan o parecerse a un aspecto del evento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados con los eventos traumáticos, comenzando después de que ocurrieron los eventos traumáticos, como lo evidencia uno o ambos de los siguientes: 1. Evitación o

esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiantes.
sobre o estrechamente asociado con el evento traumático.

2. Evitar o esforzarse por evitar recordatorios externos (personas, lugares,

Machine Translated by Google

conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos sobre o estrechamente asociados con el evento traumático.

D. Alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo asociados con el evento traumático, que comienzan o empeoran después de que ocurrió el evento traumático, como lo demuestran dos (o más) de los siguientes: 1. Incapacidad para recordar un aspecto importante de el evento traumático (generalmente debido a amnesia disociativa y no a otros factores como lesión en la cabeza, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “soy malo”, “no se puede confiar en nadie”, “el mundo es completamente peligroso”, “todo mi sistema nervioso está permanentemente arruinado”). ”).

3. Cogniciones persistentes y distorsionadas sobre la causa o las consecuencias del evento traumático que llevan al individuo a culparse a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, horror, ira, culpa o vergüenza).

5. Interés o participación notablemente disminuidos en actividades importantes.

6. Sentimientos de desapego o alejamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (p. ej., incapacidad para experimentar felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteraciones marcadas en la excitación y reactividad asociadas con el evento traumático, que comienzan o empeoran después de que ocurrió el evento traumático, como lo evidencian dos (o más) de los siguientes: 1. Comportamiento irritable y arrebatos de ira (con poca o ninguna provocación) típicamente expresada como agresión verbal o física hacia personas u objetos.

2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.

3. Hipervigilancia.

4. Respuesta de sobresalto exagerada.

5. Problemas de concentración.

6. Alteraciones del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o permanecer dormido o sueño inquieto).

F. La duración de la perturbación (Criterios B, C, D y E) es superior a 1 mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia. (p. ej., medicamentos, alcohol) u otra afección médica.

Especifique si: Con síntomas disociativos: Los síntomas del individuo cumplen con los criterios del trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor estresante, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de cualquiera de los

Machine Translated by Google

siguiente:

1. Despersonalización: Experiencias persistentes o recurrentes de sentirse desapegado de los propios procesos mentales o corporales y como si uno fuera un observador externo de ellos (p. ej., sentirse como si estuviera en un sueño; sentir una sensación de irrealidad de uno mismo o del cuerpo o del tiempo moviéndose lentamente).
2. Desrealización: Experiencias persistentes o recurrentes de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo que rodea al individuo se experimenta como irreal, onírico, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desmayos, comportamiento durante la intoxicación por alcohol) u otra afección médica (p. ej., convulsiones parciales complejas).

Especificar

si: Con expresión tardía: Si no se cumplen todos los criterios diagnósticos hasta al menos 6 meses después del evento (aunque el inicio y expresión de algunos síntomas pueden ser inmediatos).

Trastorno de estrés postraumático en niños de 6 años o menos

A. En niños de 6 años y menos, exposición a muerte real o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual en una (o más) de las siguientes maneras: 1. Experimentar

directamente el evento traumático.

2. Presenciar, en persona, el evento tal como les ocurrió a otros, especialmente a los primarios. cuidadores.
3. Saber que el evento traumático le ocurrió a uno de los padres o a una persona que lo cuida.

B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas de intrusión asociados con el evento traumático, que comienzan después de que ocurrieron los eventos traumáticos: 1.

Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento traumático. eventos).

Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no necesariamente parecer angustiosos y pueden expresarse como una recreación de una obra de teatro.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño están relacionados con el evento traumático.

Nota: Puede que no sea posible determinar si el contenido aterrador está relacionado con el evento traumático.

3. Reacciones disociativas (p. ej., flashbacks) en las que el niño siente o actúa como si el evento traumático fuera recurrente. (Estas reacciones pueden ocurrir en un continuo, siendo la expresión más extrema una pérdida total de conciencia del entorno presente). Esta recreación específica de un trauma puede ocurrir en el juego.

4. Angustia psicológica intensa o prolongada al exponerse a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto del evento traumático.

Machine Translated by Google

5. Reacciones fisiológicas marcadas a recordatorios del evento traumático.

C. Uno (o más) de los siguientes síntomas, que representan una evitación persistente de estímulos asociados con el evento traumático o alteraciones negativas en las cogniciones y

El estado de ánimo asociado con el evento traumático debe estar presente, comenzando después del evento o empeorando después del evento:
Evitación persistente de estímulos

1. Evitar o hacer esfuerzos por evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despertar recuerdos del evento traumático.
2. Evitación o esfuerzos por evitar personas, conversaciones o relaciones interpersonales. Situaciones que despiertan recuerdos del evento traumático.

Alteraciones negativas en las cogniciones 3.

Frecuencia sustancialmente aumentada de estados emocionales negativos (p. ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).

4. Interés o participación notablemente disminuidos en actividades importantes, incluidas Constricción del juego.
5. Comportamiento socialmente retraído.
6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

D. Alteraciones en la excitación y reactividad asociadas con los eventos traumáticos, que comienzan o empeoran después de que ocurrieron los eventos traumáticos, como lo evidencian dos (o más) de los siguientes: 1. Comportamiento irritable

y arrebatos de ira (con poca o ninguna provocación) típicamente expresada como agresión verbal o física hacia personas u objetos (incluyendo rabietas extremas).

2. Hipervigilancia.
3. Respuesta de sobresalto exagerada.
4. Problemas de concentración.
5. Alteraciones del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o permanecer dormido o sueño inquieto).

E. La duración de la perturbación es superior a 1 mes.

F. La alteración causa angustia o deterioro clínicamente significativo en las relaciones con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores o con el comportamiento escolar.

G. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia. (por ejemplo, medicamentos o alcohol) u otra condición médica.

Especifique si: Con

síntomas disociativos: los síntomas del individuo cumplen con los criterios del trastorno de estrés postraumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de cualquiera de los siguientes:

Machine Translated by Google

1. Despersonalización: Experiencias persistentes o recurrentes de sentirse desapegado de los propios procesos mentales o corporales y como si uno fuera un observador externo de ellos (p. ej., sentirse como si estuviera en un sueño; sentir una sensación de irrealidad de uno mismo o del cuerpo o del tiempo moviéndose lentamente).
2. Desrealización: Experiencias persistentes o recurrentes de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo que rodea al individuo se experimenta como irreal, onírico, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desmayos) u otra afección médica (p. ej., convulsiones parciales complejas).

Especificar

si: Con expresión tardía: Si no se cumplen todos los criterios diagnósticos hasta al menos 6 meses después del evento (aunque el inicio y expresión de algunos síntomas pueden ser inmediatos).

Características diagnósticas La característica esencial del trastorno de estrés postraumático (TEPT) es el desarrollo de síntomas característicos después de la exposición a uno o más eventos traumáticos. La presentación clínica del trastorno de estrés postraumático varía. En algunos individuos, pueden predominar los síntomas emocionales y conductuales basados en el miedo. En otros, los estados de ánimo anhedónicos o disfóricos y las cogniciones negativas pueden ser los más prominentes. En algunos otros individuos, los síntomas de excitación y externalización reactiva son prominentes, mientras que en otros predominan los síntomas disociativos. Finalmente, algunos individuos presentan combinaciones de estos patrones de síntomas.

La siguiente discusión sobre criterios específicos para el PTSD se refiere a criterios específicos para adultos; Los criterios para niños de 6 años o menos pueden diferir en la numeración de criterios dadas las diferencias en los criterios aplicables para este grupo de edad.

Todos los eventos traumáticos del Criterio A involucran muerte real o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual de alguna manera, pero difieren en la forma en que el individuo está expuesto a ellos, que puede ser experimentando directamente el evento traumático (Criterio A1), presenciando en persona el evento tal como les ocurrió a otros (Criterio A2), enterarse de que el evento les ocurrió a un miembro de la familia o un amigo cercano (Criterio A3), o exposición indirecta en el curso de tareas ocupacionales, al estar expuesto a detalles grotescos de un evento (Criterio A4). El trastorno puede ser especialmente grave o duradero cuando el factor estresante es interpersonal e intencional (p. ej., tortura, violencia sexual).

Los eventos traumáticos experimentados directamente en el Criterio A incluyen, entre otros, la exposición a la guerra como combatiente o civil, agresión física real o amenazada en la que la amenaza se percibe como inminente y realista (por ejemplo, ataque físico, robo, atraco, abuso físico infantil), secuestro, toma de rehenes, ataque terrorista, tortura, encarcelamiento como prisionero de guerra, desastres naturales o provocados por el hombre y accidentes automovilísticos graves.

El trauma sexual incluye, entre otros, violencia o coerción sexual real o amenazada.

Machine Translated by Google

(p. ej., penetración sexual forzada; penetración sexual no consentida facilitada por alcohol o drogas; otros contactos sexuales no deseados; y otras experiencias sexuales no deseadas que no impliquen contacto, como verse obligado a mirar pornografía, exponerse a la exhibición de genitales por parte de un exhibicionista o ser víctima de fotografías o grabaciones de vídeo no deseadas de carácter sexual o de la difusión no deseada de dichas fotografías o vídeos).

Ser intimidado puede calificar como una experiencia del Criterio A1 cuando existe una amenaza creíble de daño grave o violencia sexual. Para los niños, los eventos sexualmente violentos pueden incluir experiencias sexuales inapropiadas para su desarrollo sin violencia física ni lesiones.

Una enfermedad potencialmente mortal o una condición médica debilitante no necesariamente se considera un evento traumático. Los eventos calificados de este tipo incluyen emergencias médicas que amenazan la vida (p. ej., infarto agudo de miocardio, shock anafiláctico) o un evento particular en el tratamiento que evoca sentimientos catastróficos de terror, dolor, impotencia o muerte inminente (p. ej., despertar durante una cirugía, desbridamiento). de quemaduras graves, cardioversión de urgencia).

Los eventos presenciados (Criterio A2) incluyen, entre otros, la observación de amenazas o lesiones graves, muerte no natural, abuso físico o sexual de otra persona debido a agresión violenta, violencia doméstica, accidente, guerra o desastre. Por ejemplo, esto incluiría a padres que presencian a su hijo en un incidente agudo que pone en peligro su vida (por ejemplo, un accidente de buceo) o una catástrofe médica durante el curso de la enfermedad o el tratamiento en curso de su hijo (por ejemplo, una hemorragia que pone en peligro su vida).

La exposición indirecta a través del conocimiento de un evento (Criterio A3) se limita a eventos que afectaron a parientes cercanos o amigos y que fueron violentos o accidentales (es decir, la muerte por causas naturales no califica). Dichos eventos incluyen asesinato, agresión personal violenta, combate, ataque terrorista, violencia sexual, suicidio y accidentes o lesiones graves.

La exposición indirecta de los profesionales a los efectos grotescos de la guerra, la violación, el genocidio o la violencia abusiva infligida a otros que ocurren en el contexto de sus deberes laborales también puede resultar en trastorno de estrés postraumático y, por lo tanto, se considera un trauma calificado (Criterio A4). Ejemplos

incluyen a los socorristas expuestos a lesiones graves o la muerte y al personal militar que recoge restos humanos. La exposición indirecta también puede ocurrir a través de fotografías, videos, relatos verbales o relatos escritos (por ejemplo, agentes de policía revisando informes de delitos o realizando entrevistas con víctimas de delitos, operadores de drones, miembros de los medios de comunicación que cubren eventos traumáticos y psicoterapeutas expuestos a detalles de sus vidas). experiencias traumáticas de los pacientes).

La exposición a múltiples eventos traumáticos es común y puede tomar muchas formas. Algunas personas experimentan diferentes tipos de eventos traumáticos en diferentes momentos (por ejemplo, violencia sexual durante la niñez y desastres naturales en la edad adulta). Otros experimentan el mismo tipo de evento traumático en diferentes momentos o en una serie cometidos por la misma persona o personas durante un período prolongado (por ejemplo, agresión sexual o física infantil; agresión física o sexual por parte de una pareja íntima).
Otros pueden experimentar numerosos acontecimientos traumáticos que son iguales o diferentes durante un período prolongado y peligroso, como el despliegue o la vida en una zona de conflicto. Cuando se evalúan los criterios de PTSD en personas que han experimentado múltiples eventos traumáticos a lo largo de sus vidas, puede ser útil determinar si hay un ejemplo específico y discreto que el individuo considera el peor, dado que las expresiones sintomáticas del Criterio B de PTSD y el Criterio C se refieren específicamente al evento traumático (p. ej., recurrente, involuntario y

Machine Translated by Google

recuerdos angustiosos e intrusivos del suceso traumático). Sin embargo, si al individuo le resulta difícil identificar el peor ejemplo, es apropiado considerar que toda la exposición cumple el Criterio A. Además, algunos eventos discretos pueden incorporar varios tipos de eventos traumáticos (p. ej., un individuo involucrado en un accidente con víctimas en masa). incidente sufre una lesión grave, es testigo de cómo alguien más resulta herido y luego se entera de que un miembro de la familia murió en el incidente).

El acontecimiento traumático se puede reexperimentar de diversas formas. Comúnmente, el individuo tiene recuerdos recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento (Criterio B1). Los recuerdos intrusivos en el trastorno de estrés postraumático se distinguen de la rumiación depresiva en que se aplican sólo a recuerdos angustiantes involuntarios e intrusivos. El énfasis está en los recuerdos recurrentes del evento que generalmente incluyen componentes intrusivos, vívidos, sensoriales y emocionales que son angustiantes y no meramente reflexivos. Un síntoma común de la reexperimentación son los sueños angustiosos que repiten el evento en sí o que son representativos o están relacionados temáticamente con las principales amenazas involucradas en el evento traumático (Criterio B2). El individuo puede experimentar estados disociativos que normalmente duran unos pocos segundos y rara vez son de mayor duración, durante los cuales se reviven componentes del evento y el individuo se comporta como si el evento estuviera ocurriendo en ese momento (Criterio B3). Tales eventos ocurren en un continuo, que va desde breves intrusiones visuales u otras intrusiones sensoriales sobre parte del evento traumático sin pérdida de orientación de la realidad, hasta una pérdida parcial de conciencia del entorno actual y una pérdida completa de conciencia. Estos episodios, a menudo denominados "flashbacks", suelen ser breves, pero pueden asociarse con angustia prolongada y mayor excitación. Para los niños pequeños, la recreación de eventos relacionados con el trauma puede expresarse conductualmente en el juego o en estados disociativos. A menudo se produce angustia psicológica intensa (Criterio B4) o reactividad fisiológica (Criterio B5) cuando el individuo está expuesto a eventos desencadenantes o reacciones somáticas que se asemejan o simbolizan un aspecto del evento traumático (p. ej., días ventosos después de un huracán, ver a alguien que se parece el perpetrador). La señal desencadenante también podría ser una sensación física (p. ej., mareos en los supervivientes de un traumatismo craneoencefálico, taquicardia en un niño previamente traumatizado), en particular en individuos con presentaciones altamente somáticas.

Se evitan persistentemente los estímulos asociados con el trauma. El individuo comúnmente hace esfuerzos deliberados para evitar pensamientos, recuerdos o sentimientos (p. ej., utilizando técnicas de distracción o supresión, incluido el uso de sustancias, para evitar recordatorios internos) (Criterio C1), y para evitar actividades, conversaciones, objetos, situaciones o personas que evocan recuerdos del mismo (Criterio C2).

Las alteraciones negativas en las cogniciones o el estado de ánimo asociadas con el evento traumático comienzan o empeoran después de la exposición al evento. Estas alteraciones negativas pueden adoptar diversas formas, incluida la incapacidad de recordar aspectos clave y emocionalmente dolorosos del suceso traumático.

evento. Esta pérdida de memoria suele ser atribuible a la amnesia disociativa y no es atribuible a una lesión en la cabeza o a una alteración de la codificación de la memoria debido al consumo de drogas o alcohol (Criterio D1). Las personas con PTSD a menudo informan que el evento traumático ha alterado irrevocablemente sus vidas y su visión del mundo. Esto se caracteriza por creencias y expectativas negativas persistentes y exageradas con respecto a aspectos importantes de la vida que se aplican a ellos mismos, a los demás, al mundo o al futuro (Criterio D2) (p. ej., “Siempre me sucederán cosas malas”; “El mundo es peligroso”. , y nunca podré estar adecuadamente protegido”; “ya no puedo volver a confiar en nadie”;

Machine Translated by Google

“Mi vida está arruinada permanentemente”; “He perdido toda posibilidad de felicidad futura”; “Mi vida se verá truncada”). Las personas con PTSD pueden tener cogniciones erróneas persistentes sobre las causas del evento traumático que los llevan a culparse a sí mismos oa otros (p. ej., “Es todo culpa mía que mi tío abusara de mí”) (Criterio D3). Un estado de ánimo negativo persistente (p. ej., miedo, disforia, horror, ira, culpa, vergüenza) comenzó o empeoró después de la exposición al evento (Criterio D4). El individuo puede experimentar una marcada disminución del interés o la participación en actividades que antes disfrutaba (Criterio D5), puede sentirse desapegado o distanciado de otras personas (Criterio D6), o puede experimentar una incapacidad persistente para sentir emociones positivas (especialmente felicidad, alegría, satisfacción o emociones asociadas con la intimidad, la ternura y la sexualidad) (Criterio D7).

Las alteraciones negativas en la excitación y la reactividad también comienzan o empeoran después de la exposición al evento. Las personas con PTSD pueden exhibir un comportamiento irritable o enojado y pueden participar en un comportamiento verbal o físico agresivo con poca o ninguna provocación (p. ej., gritarle a la gente, meterse en peleas, destruir objetos) (Criterio E1). También pueden participar voluntariamente en comportamientos imprudentes o autodestructivos que sean peligrosos, que muestren un desprecio por la seguridad física de ellos mismos o de los demás, y que podrían resultar directamente en daños físicos graves o la muerte (Criterio E2). Los ejemplos incluyen, entre otros, conducir de forma peligrosa (p. ej., conducir en estado de ebriedad, conducir a velocidades peligrosamente altas), consumo excesivo de alcohol o drogas, tener relaciones sexuales de riesgo (p. ej., relaciones sexuales sin protección con una pareja cuyo estado serológico se desconoce, un alto número de parejas sexuales) o violencia autodirigida, incluidas conductas suicidas. El Criterio E2 no incluye circunstancias en las que las personas deben involucrarse en situaciones peligrosas como parte de su trabajo (por ejemplo, miembros de las fuerzas armadas en situaciones de combate o socorristas en situaciones de emergencia) y tomar precauciones de seguridad razonables para reducir su riesgo o cuando las personas participan en comportamientos que pueden ser imprudentes, insalubres o perjudiciales desde el punto de vista financiero, pero que no suponen un riesgo directo de daño físico grave inmediato o de muerte (p. ej., juego patológico, malas decisiones financieras, atracones, estilos de vida poco saludables). El trastorno de estrés postraumático a menudo se caracteriza por una mayor vigilancia ante amenazas potenciales, incluidas aquellas que están relacionadas con la experiencia traumática (por ejemplo, después de un accidente automovilístico, ser especialmente sensible a la amenaza potencialmente causada por automóviles o camiones) y aquellas que no están relacionadas con la experiencia traumática. evento (p. ej., tener miedo de sufrir un ataque cardíaco) (Criterio E3). Las personas con PTSD pueden ser muy reactivas a estímulos inesperados, mostrando una respuesta de sobresalto intensificada o nerviosismo ante ruidos fuertes o movimientos inesperados (p. ej., saltar marcadamente en respuesta al timbre de un teléfono) (Criterio E4). Las respuestas de sobresalto son involuntarias y reflexivas (automáticas, instantáneas), y los estímulos que evocan respuestas de sobresalto exageradas (Criterio E4) no necesitan estar relacionados en absoluto con el evento traumático. Las respuestas de sobresalto se distinguen de las respuestas de excitación fisiológica señaladas en el Criterio B5, para las cuales es necesario que haya al menos cierto nivel de evaluación consciente de que el estímulo que produce las respuestas fisiológicas está relacionado con el trauma. Comúnmente se informan dificultades de concentración, incluida la dificultad para recordar eventos diarios (p. ej., olvidar el número de teléfono) o atender tareas enfocadas (p. ej., seguir una conversación durante un período prolongado de tiempo) (Criterio E5). Los problemas con el inicio y el mantenimiento del sueño son comunes y pueden estar asociados con pesadillas y problemas de seguridad o con una excitación elevada generalizada que interfiere con un sueño adecuad

El diagnóstico de PTSD requiere que la duración de los síntomas de los Criterios B, C, D y E sea superior a 1 mes (Criterio F). Para un diagnóstico actual de trastorno de estrés postraumático, se deben cumplir los criterios B, C, D y E durante más de 1 mes, al menos durante el último mes. Para toda la vida

Machine Translated by Google

diagnóstico de PTSD, debe haber un período de tiempo que dure más de 1 mes durante el cual se hayan cumplido todos los criterios B, C, D y E durante el mismo período de 1 mes.

Un subgrupo importante de personas con trastorno de estrés postraumático experimenta síntomas disociativos persistentes de despersonalización (desapego de sus cuerpos) o desrealización (desapego del mundo que los rodea). Esto se puede indicar utilizando el especificador "con síntomas disociativos".

Funciones asociadas

Puede ocurrir una regresión del desarrollo, como la pérdida del lenguaje en niños pequeños. Pueden estar presentes pseudoalucinaciones auditivas, como tener la experiencia sensorial de escuchar los pensamientos expresados en una o más voces diferentes, así como ideas paranoicas. Después de acontecimientos traumáticos prolongados, repetidos y graves (p. ej., abuso infantil, tortura), el individuo puede experimentar además dificultades para regular las emociones o mantener relaciones interpersonales estables, o síntomas disociativos. Cuando el evento traumático involucra la muerte violenta de alguien con quien el individuo tenía una relación cercana, pueden presentarse síntomas tanto de trastorno de duelo prolongado como de trastorno de estrés postraumático.

Predominio

La estimación nacional de prevalencia a lo largo de la vida del trastorno de estrés postraumático utilizando los criterios del DSM-IV es del 6,8% para los adultos estadounidenses. La prevalencia de vida para los adolescentes estadounidenses que utilizan los criterios del DSM-IV ha oscilado entre el 5,0% y el 8,1% y una prevalencia en los últimos 6 meses del 4,9% para los adolescentes. Si bien no se dispone de datos poblacionales completos y definitivos utilizando el DSM-5, están comenzando a surgir hallazgos. En dos estudios epidemiológicos nacionales de EE. UU., las estimaciones de prevalencia de TEPT a lo largo de la vida según el DSM-5 oscilaron entre el 6,1% y el 8,3%, y la estimación de prevalencia nacional de 12 meses del DSM-5 fue del 4,7% en ambos estudios. Las estimaciones nacionales de PTSD a lo largo de la vida según el DSM-IV a partir de las Encuestas Mundiales de Salud Mental en 24 países variaron sustancialmente entre países, grupos de países de ingresos y regiones de la OMS, pero fueron del 3,9% en general. En las poblaciones afectadas por conflictos en todo el mundo, la prevalencia puntual de trastorno de estrés postraumático con deterioro funcional es del 11% después del ajuste por diferencias de edad entre los estudios.

Las tasas de PTSD son más altas entre los veteranos y otras personas cuya vocación aumenta el riesgo de exposición traumática (p. ej., policías, bomberos, personal médico de emergencia). Las tasas más altas (que oscilan entre un tercio y más de la mitad de los expuestos) se encuentran entre los sobrevivientes de violaciones, combates militares y cautiverios, así como entre internamientos y genocidios por motivos étnicos o políticos. La prevalencia del trastorno de estrés postraumático puede variar según el desarrollo; los niños y adolescentes, incluidos los niños en edad preescolar, generalmente han mostrado una prevalencia más baja después de la exposición a eventos traumáticos graves; sin embargo, esto puede deberse a que los criterios anteriores no estaban suficientemente informados sobre el desarrollo. Las diferencias raciales, basadas en datos del DSM-IV, muestran tasas más altas de trastorno de estrés postraumático entre los latinos, afroamericanos e indios americanos de EE. UU. en comparación con los blancos.

Las posibles razones de estas variaciones en la prevalencia incluyen diferencias en los factores predisponentes o habilitantes, como la exposición a adversidades pasadas y al racismo y la discriminación, y en la disponibilidad o calidad del tratamiento, el apoyo social, el estatus socioeconómico y otros recursos sociales que facilitan la recuperación y se confunden con origen étnico y racializado.

Desarrollo y curso

Machine Translated by Google

El trastorno de estrés postraumático puede ocurrir a cualquier edad, comenzando después del primer año de vida. Los síntomas generalmente comienzan dentro de los primeros 3 meses después del trauma, aunque puede haber un retraso de meses, o incluso años, antes de que se cumplan todos los criterios para el diagnóstico. Existe abundante evidencia de lo que el DSM-IV llamó “inicio tardío”, pero que ahora se denomina “expresión tardía”, con el reconocimiento de que algunos síntomas suelen aparecer de inmediato y que el retraso se debe al cumplimiento completo de los criterios.

Con frecuencia, la reacción de un individuo ante un trauma inicialmente cumple con los criterios de estrés agudo. trastorno inmediatamente después del trauma. Los síntomas del trastorno de estrés postraumático y el

El predominio relativo de diferentes síntomas puede variar con el tiempo. La duración de los síntomas también varía: aproximadamente la mitad de los adultos se recuperan por completo en tres meses, mientras que algunos individuos permanecen sintomáticos durante más de 12 meses y, a veces, durante más de 50 años. La recurrencia e intensificación de los síntomas puede ocurrir en respuesta a recordatorios del trauma original, factores estresantes de la vida en curso o eventos traumáticos experimentados recientemente.

La expresión clínica de la reexperimentación puede variar a lo largo del desarrollo. Las variaciones del desarrollo en la expresión clínica informan el uso de diferentes criterios en niños de 6 años o menos y en personas mayores. Los niños pequeños pueden informar sobre la aparición de nuevos sueños aterradores sin contenido específico del evento traumático. Los niños de 6 años o menos pueden desarrollar PTSD como resultado de un abuso emocional grave (p. ej., amenaza de abandono), que puede percibirse como una amenaza para su vida. Durante el tratamiento de enfermedades potencialmente mortales (p. ej., cáncer, trasplante de órganos sólidos), la experiencia de los niños pequeños con la gravedad y la intensidad del tratamiento puede contribuir al riesgo de desarrollar síntomas de estrés postraumático; La autoevaluación de la amenaza también puede contribuir al riesgo de desarrollar síntomas de estrés postraumático en los adolescentes. Antes de los 6 años, los niños pequeños tienen más probabilidades de expresar síntomas de reexperimentación a través de juegos que se refieren directa o simbólicamente al trauma (consulte los criterios de trastorno de estrés postraumático para niños de 6 años y menos). Es posible que no manifiesten reacciones de miedo en el momento de la exposición o durante la reexperimentación. Los padres pueden informar una amplia gama de cambios emocionales o de comportamiento en los niños pequeños. Los niños pueden centrarse en intervenciones imaginadas en su juego o narración. Además de evitarlos, los niños pueden preocuparse por los recordatorios.

Debido a las limitaciones de los niños pequeños para expresar pensamientos o etiquetar emociones, las alteraciones negativas del estado de ánimo o la cognición tienden a implicar principalmente cambios de humor. Los niños pueden experimentar traumas concurrentes (p. ej., abuso físico, ser testigos de violencia doméstica) y, en circunstancias crónicas, es posible que no puedan identificar el inicio de la sintomatología. El comportamiento evitativo puede estar asociado con el juego restringido o el comportamiento exploratorio en niños pequeños; participación reducida en nuevas actividades en niños en edad escolar; o renuencia a buscar oportunidades de desarrollo en los adolescentes (p. ej., tener citas, conducir). Los niños mayores y los adolescentes pueden considerarse cobardes. Los adolescentes pueden albergar creencias de que han sido cambiados de maneras que los hacen socialmente indeseables y los alejan de sus pares y pierden sus aspiraciones para el futuro.

El comportamiento irritable o agresivo en niños y adolescentes puede interferir con las relaciones con sus compañeros y el comportamiento escolar. El comportamiento imprudente puede provocar lesiones accidentales a uno mismo o a otros, búsqueda de emociones o comportamientos de alto riesgo. En las personas mayores, el trastorno se asocia con percepciones negativas de salud, utilización de atención primaria y pensamientos suicidas. Además, el deterioro de la salud, el empeoramiento del funcionamiento cognitivo y el aislamiento social pueden exacerbar los síntomas del trastorno de estrés postraumático.

Machine Translated by Google

Factores de riesgo y pronóstico

Los factores de riesgo del trastorno de estrés postraumático pueden operar de muchas maneras, incluida la predisposición de las personas al trauma o a respuestas emocionales extremas cuando se exponen a eventos traumáticos. Los factores de riesgo (y protectores) generalmente se dividen en factores pretraumáticos, peritraumáticos y postraumáticos.

Factores pretraumáticos

Temperamental. Los factores de alto riesgo incluyen problemas emocionales infantiles a los 6 años (p. ej., problemas de externalización o ansiedad) y trastornos mentales previos (p. ej., trastorno de pánico, trastorno depresivo, trastorno de estrés postraumático o trastorno obsesivo-compulsivo [TOC]). Las diferencias individuales en la personalidad premórbida pueden influir en la trayectoria de respuesta al trauma y los resultados del tratamiento.
Los rasgos de personalidad asociados con respuestas emocionales negativas, como el estado de ánimo deprimido y la ansiedad, representan factores de riesgo para el desarrollo del trastorno de estrés postraumático. Estos rasgos podrían capturarse en medidas de afectividad negativa (neuroticismo) en

Escalas de personalidad estandarizadas. El rasgo de impulsividad premórbida tiende a asociarse con manifestaciones externalizantes de PTSD y comorbilidades del espectro externalizante, incluido el trastorno por uso de sustancias o el comportamiento agresivo.

Ambiental. Como está documentado entre civiles y veteranos estadounidenses, estos factores de riesgo incluyen un estatus socioeconómico más bajo; educación inferior; exposición a traumas previos (especialmente durante la infancia); adversidad infantil (p. ej., privaciones económicas, disfunción familiar, separación de los padres o muerte); menor inteligencia; discriminación étnica y racismo; y antecedentes psiquiátricos familiares. El apoyo social antes de la exposición al evento es protector.

Genético y fisiológico. Se ha demostrado que el riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático después de una exposición traumática es modestamente hereditario en estudios de gemelos y estudios moleculares. Los datos de asociación de todo el genoma de una gran cohorte multiétnica respaldan la heredabilidad del trastorno de estrés postraumático y demuestran tres loci significativos robustos en todo el genoma que varían según la ascendencia geográfica. La susceptibilidad al trastorno de estrés postraumático también puede verse influenciada por factores epigenéticos. Los datos de asociación de todo el genoma de veteranos estadounidenses identifican ocho regiones importantes en estadounidenses de ascendencia europea asociadas con síntomas intrusivos de reexperimentación de trastorno de estrés postraumático; Los datos del Reino Unido también respaldan estas asociaciones.

Factores peritraumáticos

Ambiental. Estos incluyen la gravedad (dosis) del trauma, la percepción de amenaza a la vida, las lesiones personales, la violencia interpersonal (en particular, el trauma perpetrado por un cuidador o que involucra una amenaza presenciada a un cuidador en niños) y, para el personal militar, ser un perpetrador, presenciar atrocidades. , o matar al enemigo. Finalmente, la disociación, el miedo, el pánico y otras respuestas peritraumáticas que ocurren durante el trauma y persisten después son factores de riesgo.

Factores postraumáticos

Temperamental. Estos incluyen valoraciones negativas, estrategias de afrontamiento inapropiadas y desarrollo de un trastorno de estrés agudo.

Machine Translated by Google

Ambiental. Estos incluyen la exposición posterior a repetidos recordatorios perturbadores, eventos vitales adversos posteriores y pérdidas financieras o relacionadas con otros traumas. Las experiencias postraumáticas, como la migración forzada y los altos niveles de factores estresantes diarios, pueden contribuir a diferentes riesgos condicionales de trastorno de estrés postraumático en distintos contextos culturales. La exposición a la discriminación racial y étnica se ha asociado con un curso más crónico entre los adultos afroamericanos y latinos. El apoyo social (incluida la estabilidad familiar, en el caso de los niños) es un factor protector que modera el resultado después de un trauma.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

Diferentes grupos demográficos, culturales y ocupacionales tienen diferentes niveles de exposición a eventos traumáticos, y el riesgo relativo de desarrollar PTSD después de un nivel similar de exposición (p. ej., persecución religiosa) también puede variar según la cultura, la etnia y la cultura. grupos racializados.
La variación en el tipo de exposición traumática (p. ej., genocidio), el impacto en la gravedad del trastorno del significado atribuido al evento traumático (p. ej., incapacidad para realizar ritos funerarios después de una matanza en masa), el contexto sociocultural actual (p. ej., residir entre personas impunes perpetradores en entornos posconflicto), la exposición a la discriminación racial y étnica y otros factores culturales (por ejemplo, el estrés aculturativo en los inmigrantes) pueden influir en el riesgo de aparición y la gravedad del trastorno de estrés postraumático en todos los grupos culturales. Algunas comunidades están expuestas a entornos traumáticos generalizados y continuos, en lugar de eventos aislados del Criterio A; En estas comunidades, el poder predictivo de eventos traumáticos individuales para el desarrollo de PTSD puede disminuir. En culturas donde se enfatiza la imagen social (por ejemplo, mantener el “rostro” de una familia), la difamación o vergüenza pública puede magnificar el impacto de los eventos del Criterio A. Algunas culturas pueden atribuir los síndromes de PTSD a experiencias sobrenaturales negativas.

La expresión clínica de los síntomas o grupos de síntomas del trastorno de estrés postraumático puede variar culturalmente tanto en adultos como en niños. En muchos grupos no occidentales, la evitación se observa con menos frecuencia, mientras que los síntomas somáticos (p. ej., mareos, dificultad para respirar, sensaciones de calor) son más comunes; Otros síntomas que varían entre culturas son los sueños angustiosos, la amnesia no relacionada con una lesión en la cabeza y el comportamiento imprudente pero no suicida. Los estados de ánimo negativos, especialmente la ira, son comunes en todas las culturas en personas con trastorno de estrés postraumático, al igual que los sueños angustiosos y la parálisis del sueño. En todas las culturas, los síntomas somáticos son frecuentes y ocurren tanto en niños como en adultos, especialmente después de un trauma sexual. Los síntomas que varían transculturalmente en relación con el trastorno de estrés postraumático entre los niños incluyen pensamientos intrusivos, disminución de la participación en actividades, incapacidad para experimentar emociones positivas, irritabilidad, agresión e hipervigilancia. Los sueños angustiosos, los flashbacks, la angustia psicológica al exponerse a señales de trauma y los esfuerzos por evitar recuerdos y pensamientos son comunes en los niños con PTSD en todas las culturas.

En ciertos contextos culturales, puede ser normativo responder a eventos traumáticos con creencias negativas sobre uno mismo o con atribuciones espirituales que pueden parecer exageradas a los demás. Por ejemplo, culparse a uno mismo puede ser coherente con las ideas de karma en el sur y el este de Asia, el destino o la “ley de la medicina estropeada” en África occidental y las diferencias culturales en el locus de control y las concepciones de uno mismo.

En muchas poblaciones de todo el mundo existen conceptos culturales de angustia que se asemejan

Machine Translated by Google

PTSD y se caracterizan por diversas manifestaciones de angustia psicológica atribuidas a experiencias aterradoras o traumáticas. Por lo tanto, los conceptos culturales de angustia influyen en la expresión del trastorno de estrés postraumático y la variedad de sus trastornos comórbidos (ver “Cultura y diagnóstico psiquiátrico” en la Sección III).

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género El trastorno de estrés postraumático es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres a lo largo de la vida. La prevalencia del trastorno de estrés postraumático a lo largo de la vida oscila entre el 8,0% y el 11,0% para las mujeres y entre el 4,1% y el 5,4% para los hombres, según dos grandes estudios poblacionales de EE. UU. que utilizan los criterios del DSM-5. Parte del mayor riesgo de trastorno de estrés postraumático en las mujeres parece atribuirse a una mayor probabilidad de exposición al abuso sexual infantil, agresiones sexuales y otras formas de violencia interpersonal, que conllevan el mayor riesgo de desarrollo de trastorno de estrés postraumático. Las mujeres de la población general también experimentan PTSD durante más tiempo que los hombres. Sin embargo, otros factores que probablemente contribuyan a la mayor prevalencia en las mujeres incluyen las diferencias de género en el procesamiento emocional y cognitivo del trauma, así como los efectos de las hormonas reproductivas. Cuando se comparan las respuestas de hombres y mujeres a factores estresantes específicos, persisten las diferencias de género en el riesgo de trastorno de estrés postraumático. Por otro lado, los perfiles de síntomas de PTSD y las estructuras de factores son similares entre hombres y mujeres.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Los eventos traumáticos como el abuso infantil o el trauma sexual aumentan el riesgo de suicidio de un individuo tanto en civiles como en veteranos. El trastorno de estrés postraumático se asocia con pensamientos suicidas, intentos de suicidio y muerte por suicidio. La presencia de PTSD se ha asociado con una mayor probabilidad de pasar de pensamientos suicidas a un plan o intento de suicidio, y este efecto del PTSD se produce independientemente del mayor riesgo de trastornos del estado de ánimo sobre la probabilidad de conductas suicidas.
Entre los adolescentes también existe una relación significativa entre el trastorno de estrés postraumático y los pensamientos o conductas suicidas, incluso después de ajustar por los efectos de la comorbilidad.

Consecuencias funcionales del trastorno de estrés postraumático El trastorno de estrés postraumático se asocia con un alto deterioro del funcionamiento social, ocupacional y físico; calidad de vida reducida; y problemas de salud física. Se exhibe un funcionamiento deteriorado.

en los ámbitos social, interpersonal, de desarrollo, educativo, de salud física y ocupacional. En muestras comunitarias y de veteranos, el trastorno de estrés postraumático se asocia con malas relaciones sociales y familiares, ausentismo laboral, menores ingresos y menores niveles educativos y ocupacionales.
éxito.

Diagnóstico diferencial

Trastornos de adaptación. En los trastornos de adaptación, el factor estresante puede ser de cualquier gravedad o tipo, en lugar de un factor estresante que implique exposición a una muerte real o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual, como lo exige el Criterio A del TEPT. El diagnóstico de un trastorno de adaptación se utiliza cuando la respuesta a un factor estresante que cumple con el Criterio A de PTSD no cumple con todos los demás criterios de PTSD (o

Machine Translated by Google

criterios para otro trastorno mental). Un trastorno de adaptación también se diagnostica cuando el patrón de síntomas de PTSD ocurre en respuesta a un factor estresante que no cumple con el Criterio A de PTSD (p. ej., el abandono del cónyuge, el despido).

Otros trastornos y condiciones postraumáticos. No toda la psicopatología que ocurre en individuos expuestos a un factor estresante extremo debe necesariamente atribuirse al trastorno de estrés postraumático. El diagnóstico de PTSD requiere que la exposición al trauma preceda a la aparición o exacerbación de los síntomas pertinentes. Si el patrón de respuesta de los síntomas al estresor extremo cumple con los criterios de otro trastorno mental, estos diagnósticos deben darse en lugar de, o además, de PTSD. Se excluyen otros diagnósticos y afecciones si se explican mejor por el trastorno de estrés postraumático (p. ej., síntomas de trastorno de pánico que ocurren sólo después de la exposición a recordatorios traumáticos). Si son graves, los patrones de respuesta de los síntomas al estresor extremo que cumplen los criterios de otro trastorno mental pueden justificar un diagnóstico separado (p. ej., amnesia disociativa) además del trastorno de estrés postraumático.

Trastorno de estrés agudo. El trastorno de estrés agudo se distingue del trastorno de estrés postraumático porque el patrón de síntomas en el trastorno de estrés agudo se restringe a una duración de 3 días a 1 mes después de la exposición al evento traumático.

Trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo. En el TOC, hay pensamientos intrusivos recurrentes, pero estos cumplen con la definición de obsesión. Además, los pensamientos intrusivos no están relacionados con un evento traumático experimentado, las compulsiones suelen estar presentes y otros síntomas de trastorno de estrés postraumático o trastorno de estrés agudo suelen estar ausentes. Ni la excitación y los síntomas disociativos del trastorno de pánico ni la evitación, la irritabilidad y la ansiedad del trastorno de ansiedad generalizada están asociados con un evento traumático específico. Los síntomas del trastorno de ansiedad por separación están claramente relacionados con la separación del hogar o la familia, más que con un evento traumático.

Trastorno depresivo mayor. La depresión mayor puede estar precedida o no por un evento traumático y debe diagnosticarse si se cumplen todos los criterios. Específicamente, el trastorno depresivo mayor no incluye ningún síntoma de trastorno de estrés postraumático de los criterios B o C. Tampoco incluye una serie de síntomas del Criterio D o E de PTSD. Sin embargo, si también se cumplen todos los criterios de PTSD, se pueden dar ambos diagnósticos.

Desorden hiperactivo y deficit de atencion. Tanto el TDAH como el PTSD pueden incluir problemas de atención, concentración y aprendizaje. A diferencia del TDAH, donde los problemas de atención, concentración y aprendizaje deben aparecer antes de los 12 años, en el PTSD los síntomas aparecen después de la exposición a un evento traumático del Criterio A. En el trastorno de estrés postraumático, las alteraciones en la atención y la concentración del individuo pueden atribuirse al estado de alerta ante el peligro y a respuestas de sobresalto exageradas a los recordatorios del trauma.

Desorden de personalidad. Las dificultades interpersonales que comenzaron o se exacerbaron enormemente después de la exposición a un evento traumático pueden ser una indicación de trastorno de estrés postraumático, más que un trastorno de la personalidad, en el que tales dificultades se esperarían independientemente de cualquier exposición traumática.

Trastornos disociativos. Disociativo La amnesia, el trastorno de identidad y el trastorno de despersonalización-desrealización pueden estar precedidos o no por la exposición a un evento traumático o pueden o no tener síntomas de PTSD concurrentes. Sin embargo, cuando también se cumplen todos los criterios de PTSD, se debe considerar el subtipo de PTSD "con síntomas disociativos".

Machine Translated by Google

Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión). La nueva aparición de síntomas somáticos en el contexto de sufrimiento postraumático podría ser una indicación de trastorno de estrés postraumático en lugar de un trastorno de síntomas neurológicos funcionales.

Desórdenes psicóticos. Los flashbacks en el trastorno de estrés postraumático deben distinguirse de las ilusiones, alucinaciones y otros trastornos de la percepción que pueden ocurrir en la esquizofrenia, el trastorno psicótico breve y otros trastornos psicóticos; trastornos depresivos y bipolares con características psicóticas; delirio; trastornos inducidos por sustancias/medicamentos; y trastornos psicóticos debidos a otra afección médica. Los flashbacks del PTSD se distinguen de estos otros trastornos perceptivos por estar directamente relacionados con la experiencia traumática y por ocurrir en ausencia de otras características psicóticas o inducidas por sustancias.

Lesión cerebral traumática. Algunos tipos de eventos traumáticos aumentan el riesgo tanto de PTSD como de lesión cerebral traumática (TBI, por sus siglas en inglés) porque pueden producir lesiones en la cabeza (p. ej., combate militar, explosiones de bombas, abuso físico infantil, violencia de pareja, delitos violentos, accidentes automovilísticos u otros accidentes).
En tales casos, las personas que presentan PTSD también pueden tener TBI, y aquellos que presentan TBI también pueden tener PTSD. Las personas con trastorno de estrés postraumático que también padecen TBI pueden tener síntomas posconmoción persistentes (p. ej., dolores de cabeza, mareos, sensibilidad a la luz o al sonido, irritabilidad, déficit de concentración). Sin embargo, estos síntomas también pueden ocurrir en poblaciones sin lesión cerebral, incluidas personas con trastorno de estrés postraumático. Debido a que los síntomas de PTSD y los síntomas neurocognitivos relacionados con TBI pueden superponerse, puede ser posible realizar un diagnóstico diferencial entre PTSD y síntomas de trastorno neurocognitivo atribuibles a TBI basándose en la presencia de síntomas que son distintivos de cada presentación. Mientras que la reexperimentación y la evitación son características del PTSD y no los efectos del TBI, la desorientación persistente y la confusión son más específicas del TBI (efectos neurocognitivos) que del PTSD. Los problemas de memoria relacionados con el TBI relacionados con el evento traumático generalmente son atribuibles a la incapacidad relacionada con la lesión para codificar la información, mientras que los problemas de memoria relacionados con el PTSD generalmente reflejan amnesia disociativa.

Las dificultades para dormir son comunes a ambos trastornos.

Comorbilidad Los

individuos con PTSD tienen más probabilidades que aquellos sin PTSD de tener síntomas que cumplan con los criterios de diagnóstico de al menos otro trastorno mental, como trastornos depresivos, bipolares, de ansiedad o por uso de sustancias. El trastorno de estrés postraumático también se asocia con un mayor riesgo de sufrir un trastorno neurocognitivo importante. En un estudio realizado en EE. UU., las mujeres tenían más probabilidades de desarrollar trastorno de estrés postraumático después de una lesión cerebral traumática leve. Aunque la mayoría de los niños pequeños con PTSD también tienen al menos otro diagnóstico, los patrones de comorbilidad son diferentes a los de los adultos, predominando el trastorno de oposición desafiante y el trastorno de ansiedad por separación.

Trastorno de estrés agudo

Criterios de diagnóstico F43.0

A. Exposición a muerte real o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual en un
(o más) de las siguientes maneras:

Machine Translated by Google

1. Experimentar directamente el evento traumático.
2. Ser testigo, en persona, del evento tal como les ocurrió a otros.

3. Saber que los hechos le ocurrieron a un familiar cercano o a un amigo cercano.
   Nota: En casos de muerte real o amenaza de muerte de un familiar o amigo, el evento debe haber sido violento o accidental.
4. Experimentar una exposición repetida o extrema a detalles aversivos de los eventos traumáticos (por ejemplo, socorristas recogiendo restos humanos, agentes de policía expuestos repetidamente a detalles de abuso infantil).
   Nota: Esto no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de nueve (o más) de los siguientes síntomas de cualquiera de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y excitación, que comienzan o empeoran después de que ocurrió el evento traumático: Síntomas de intrusión 1.
Recurrente, recuerdos
angustiosos, involuntarios e intrusivos del evento traumático. Nota: En los niños, pueden ocurrir juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del evento traumático.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño están relacionados con el evento(s). Nota: En los niños pueden aparecer sueños aterradores sin contenido reconocible.
3. Reacciones disociativas (p. ej., flashbacks) en las que el individuo siente o actúa como si el evento traumático fuera recurrente. (Estas reacciones pueden ocurrir en un continuo, siendo la expresión más extrema una pérdida total de conciencia del entorno presente). Nota: En los niños, la recreación de un trauma específico puede ocurrir en el juego.

4. Angustia psicológica intensa o prolongada o reacciones fisiológicas marcadas en respuesta a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto del evento traumático.

Estado de ánimo
negativo 5. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (p. ej., incapacidad para experimentar felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
Síntomas disociativos 6. Un
sentido alterado de la realidad del entorno o de uno mismo (por ejemplo, verse desde la perspectiva de otra persona, estar aturdido, el tiempo se ralentiza).
7. Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático (generalmente debido a amnesia disociativa y no a otros factores como lesión en la cabeza, alcohol o drogas).

Síntomas de evitación

Machine Translated by Google

8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos sobre o estrechamente asociados con el evento traumático.
9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos sobre el evento traumático o estrechamente asociados con él.

Síntomas de excitación

10. Alteraciones del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o permanecer dormido, sueño inquieto).
11. Comportamiento irritable y arrebatos de ira (con poca o ninguna provocación), típicamente expresados como agresión verbal o física hacia personas u objetos.
12. Hipervigilancia.
13. Problemas de concentración.
14. Respuesta de sobresalto exagerada.

C. La duración de la alteración (síntomas en el Criterio B) es de 3 días a 1 mes después de la exposición al trauma.

Nota: Los síntomas generalmente comienzan inmediatamente después del trauma, pero se necesita persistencia durante al menos 3 días y hasta un mes para cumplir con los criterios del trastorno.

D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicación o alcohol) u otra afección médica (p. ej., lesión cerebral traumática leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

Características diagnósticas La

característica esencial del trastorno de estrés agudo es el desarrollo de síntomas característicos que duran de 3 días a 1 mes después de la exposición a uno o más eventos traumáticos (Criterio A), que son del mismo tipo que se describe en el Criterio A de PTSD (para obtener más información , consulte "Funciones de diagnóstico" para PTSD).

La presentación clínica del trastorno de estrés agudo puede variar según el individuo, pero generalmente implica una respuesta de ansiedad que incluye alguna forma de reexperimentación o reactividad ante el evento traumático. Las presentaciones pueden incluir síntomas de intrusión, estado de ánimo negativo, síntomas disociativos, síntomas de evitación y síntomas de excitación (Criterio B1-B14). En algunos individuos, puede predominar una presentación disociativa o distante, aunque estos individuos típicamente también mostrarán una fuerte reactividad emocional o fisiológica en respuesta a recordatorios del trauma. En otros individuos, puede haber una fuerte respuesta de ira en la que la reactividad se caracteriza por respuestas irritables o posiblemente agresivas.

Los síntomas de intrusión (Criterio B1 a B4) son los mismos que los descritos en el Criterio B1 a B5 del TEPT (para una discusión sobre estos síntomas, consulte “Características diagnósticas” del TEPT; tenga en cuenta que el Criterio B4 del trastorno de estrés agudo comprende los Criterios B4 y B5 del TEPT). Las personas con trastorno de estrés agudo pueden tener una incapacidad persistente para sentir emociones positivas (p. ej., felicidad, alegría,

Machine Translated by Google

satisfacción o emociones asociadas con la intimidad, la ternura o la sexualidad), pero pueden experimentar emociones negativas como miedo, tristeza, ira, culpa o vergüenza (Criterio B5). Las alteraciones en la conciencia pueden incluir despersonalización, una sensación de desapego de uno mismo (por ejemplo, verse desde el otro lado de la habitación), o desrealización, tener una visión distorsionada de lo que nos rodea (por ejemplo, percibir que las cosas se mueven en cámara lenta, ver cosas aturdido, sin ser consciente de eventos que normalmente codificaría) (Criterio B6). Algunas personas también informan de una incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático que presumiblemente estaba codificado. Este síntoma es atribuible a la amnesia disociativa y no es atribuible a una lesión en la cabeza, alcohol o drogas (Criterio B7). Se evitan persistentemente los estímulos asociados con el trauma. El individuo suele hacer esfuerzos deliberados para evitar pensamientos, recuerdos o sentimientos (p. ej., mediante el uso de técnicas de distracción o supresión, incluido el consumo de sustancias, para evitar recordatorios internos).
(Criterio B8), y evitar actividades, conversaciones, objetos, situaciones o personas que le evoquen recuerdos del mismo (Criterio B9).

Es muy común que las personas con trastorno de estrés agudo experimenten problemas con el inicio y el mantenimiento del sueño, que pueden estar asociados con pesadillas y problemas de seguridad o con una excitación elevada generalizada que interfiere con el sueño adecuado (Criterio B10). Las personas con trastorno de estrés agudo pueden exhibir un comportamiento irritable e incluso pueden tener un comportamiento verbal o físico agresivo con poca o ninguna provocación (p. ej., gritarle a la gente, meterse en peleas, destruir objetos) (Criterio B11). El trastorno de estrés agudo a menudo se caracteriza por una mayor vigilancia ante amenazas potenciales, incluidas aquellas que están relacionadas con la experiencia traumática (p. ej., después de un accidente automovilístico, ser especialmente sensible a la amenaza potencialmente causada por automóviles o camiones) y aquellas que no están relacionadas con el evento traumático (p. ej., tener miedo de sufrir un ataque cardíaco) (Criterio B12). Las dificultades de concentración (Criterio B13) incluyen dificultad para recordar hechos familiares (p. ej.,

olvidar el número de teléfono) o eventos diarios (p. ej., haber leído recientemente parte de un libro o periódico) o atender tareas enfocadas (p. ej., seguir una conversación durante un período de tiempo prolongado).

Los individuos con trastorno de estrés agudo pueden ser muy reactivos a estímulos inesperados, mostrando una respuesta de sobresalto intensificada o nerviosismo ante ruidos fuertes (p. ej., en respuesta al timbre de un teléfono) o movimientos inesperados (Criterio B14). Las respuestas de sobresalto son involuntarias y reflexivas (automáticas, instantáneas), y los estímulos que evocan respuestas de sobresalto exageradas (Criterio B14) no necesitan estar relacionados con el evento traumático.

El cuadro sintomático completo debe durar al menos 3 días después del evento traumático, pero no debe durar más de 1 mes (Criterio C). Los síntomas que ocurren inmediatamente después del evento pero que se resuelven en menos de 3 días no cumplirían con los criterios de trastorno de estrés agudo.

Funciones asociadas

Las personas con trastorno de estrés agudo suelen tener pensamientos catastróficos o extremadamente negativos sobre su papel en el evento traumático, su respuesta a la experiencia traumática o la probabilidad de daño futuro. Por ejemplo, un individuo con trastorno de estrés agudo puede sentirse excesivamente culpable por no haber evitado el suceso traumático o por no adaptarse a la situación.

Machine Translated by Google

experimentar con mayor éxito. Las personas con trastorno de estrés agudo también pueden interpretar sus síntomas de manera catastrófica, de modo que los recuerdos retrospectivos o el entumecimiento emocional pueden interpretarse como un signo de capacidad mental disminuida. Es común que las personas con trastorno de estrés agudo experimenten ataques de pánico en el primer mes después de la exposición al trauma, que pueden ser desencadenados por recordatorios del trauma o aparentemente ocurrir de manera espontánea. Además, las personas con trastorno de estrés agudo pueden mostrar un comportamiento caótico o impulsivo. Por ejemplo, las personas pueden conducir imprudentemente, tomar decisiones irracionales o apostar excesivamente. En los niños, puede haber una ansiedad por separación significativa, posiblemente manifestada por una necesidad excesiva de atención por parte de los cuidadores. En el caso de duelo tras una muerte que ocurrió en circunstancias traumáticas, los síntomas del trastorno de estrés agudo pueden implicar reacciones agudas de duelo. En tales casos, los síntomas de reexperimentación, disociación y excitación pueden implicar reacciones a la pérdida, como recuerdos intrusivos de las circunstancias de la muerte del individuo, incredulidad de que el individuo haya muerto y enojo por la muerte. Los síntomas posconmoción cerebral (p. ej., dolores de cabeza, mareos, sensibilidad a la luz o al sonido, irritabilidad, déficit de concentración), que ocurren con frecuencia después de una lesión cerebral traumática (TBI, por sus siglas en inglés) leve, también se observan con frecuencia en personas con trastorno de estrés agudo. Los síntomas posconmoción cerebral son igualmente comunes en poblaciones con lesión cerebral y sin lesión cerebral, y la aparición frecuente de síntomas posconmoción cerebral podría atribuirse a síntomas de trastorno de estrés agudo.

Predominio

La prevalencia del trastorno de estrés agudo en poblaciones recientemente expuestas a un trauma (es decir, dentro del mes posterior a la exposición al trauma) varía según la naturaleza del evento y el contexto en el que se evalúa. En investigaciones realizadas en Australia, el Reino Unido y los Estados Unidos, se identificó un trastorno de estrés agudo en menos del 20% de los casos después de eventos traumáticos que no involucraron agresión interpersonal (por ejemplo, accidentes automovilísticos, lesiones cerebrales traumáticas leves, quemaduras graves, y accidentes industriales. Por lo general, se encontraron tasas más altas (es decir, 19% a 50%) después de eventos traumáticos interpersonales (p. ej., agresión, violación).

Desarrollo y evolución

Por definición, el trastorno de estrés agudo no puede diagnosticarse hasta 3 días después de un evento traumático. Aunque el trastorno de estrés agudo puede progresar a trastorno de estrés postraumático (TEPT) después de 1 mes, también puede ser una respuesta de estrés transitoria que remite dentro del mes posterior a la exposición al trauma y no resulta en PTSD. Aproximadamente la mitad de las personas que eventualmente desarrollan PTSD presentan inicialmente un trastorno de estrés agudo. Los análisis longitudinales indican

que los síntomas de estrés agudo pueden remitir, permanecer constantes o empeorar con el tiempo, en gran medida como resultado de factores estresantes de la vida en curso o eventos traumáticos adicionales.

Las formas de reexperimentar pueden variar a lo largo del desarrollo. A diferencia de los adultos o adolescentes, los niños pequeños pueden reportar sueños aterradores sin contenido que refleje claramente aspectos del trauma (p. ej., despertarse asustados después del trauma pero no poder relacionar el contenido del sueño con el evento traumático). Los niños de 6 años y menos tienen más probabilidades que los niños mayores de expresar síntomas de reexperimentación a través de juegos que se refieren directa o simbólicamente a

Machine Translated by Google

el trauma. Por ejemplo, un niño muy pequeño que sobrevivió a un incendio puede hacer dibujos de llamas. Los niños pequeños tampoco necesariamente manifiestan reacciones de miedo en el momento de la exposición o incluso durante la reexperimentación. Los padres suelen informar de una serie de expresiones emocionales, como ira, vergüenza o retraimiento, e incluso afectos positivos excesivamente brillantes, en niños pequeños traumatizados. Aunque los niños pueden evitar los recordatorios del trauma, a veces se preocupan por ellos (p. ej., un niño pequeño mordido por un perro puede hablar constantemente de perros pero evitar salir a la calle por miedo a entrar en contacto con un perro).

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los factores de riesgo incluyen trastorno mental previo, altos niveles de respuestas emocionales negativas como estado de ánimo deprimido y ansiedad (también denominado afectividad negativa o neuroticismo), mayor gravedad percibida del evento traumático y un estilo de afrontamiento evitativo. Una tendencia a hacer valoraciones catastróficas de la experiencia traumática, a menudo caracterizadas por valoraciones exageradas de daño futuro, culpa o desesperanza, es un fuerte predictor de trastorno de estrés agudo.

Ambiental. En primer lugar, un individuo debe estar expuesto a un evento traumático para estar en riesgo de sufrir un trastorno de estrés agudo. Los factores de riesgo del trastorno incluyen antecedentes de traumatismo previo.

Genético y fisiológico. La Reactividad elevada, reflejada por la respuesta de sobresalto acústico, antes de exposición al trauma aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno de estrés agudo.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

El perfil de los síntomas del trastorno de estrés agudo puede variar entre culturas, en particular con respecto a los síntomas disociativos, las pesadillas, la evitación y los síntomas somáticos (p. ej., mareos, dificultad para respirar, sensaciones de calor, quejas de dolor). Las reacciones de estrés agudo pueden estar determinadas por valores y normas culturales relacionados con la expresión de emociones extremas, incluso en situaciones extraordinarias. Los conceptos culturales de angustia dan forma a los perfiles de síntomas locales del trastorno de estrés agudo. Algunos grupos culturales pueden mostrar variantes de respuestas disociativas, como posesión o comportamientos similares a trance en el mes inicial después de la exposición al trauma. Los síntomas de pánico pueden ser destacados en el trastorno de estrés agudo entre los camboyanos debido a la asociación de la exposición traumática con ataques khyâl similares al pánico , y el ataque de nervios entre los latinoamericanos también puede seguir a una exposición traumática. Para obtener más información sobre los conceptos culturales de angustia, consulte la Sección III, capítulo "Cultura y diagnóstico psiquiátrico".

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

El trastorno de estrés agudo es más prevalente entre las mujeres que entre los hombres en estudios realizados en varios países. El mayor riesgo de padecer el trastorno en las mujeres puede atribuirse a una mayor probabilidad de exposición a tipos de eventos traumáticos con un alto riesgo condicional de trastorno de estrés agudo, como la violación, otros tipos de violencia interpersonal y traumas infantiles, incluido el abuso sexual. Otros factores que probablemente contribuyan a la mayor prevalencia en las mujeres incluyen las diferencias de género en el procesamiento emocional y cognitivo del trauma. ligado al sexo

Machine Translated by Google

Las diferencias neurobiológicas en la respuesta al estrés, así como los factores socioculturales, también pueden contribuir al mayor riesgo de las mujeres de sufrir un trastorno de estrés agudo.

Consecuencias funcionales del trastorno de estrés agudo Se ha demostrado un funcionamiento deficiente en los ámbitos social, interpersonal u ocupacional entre los sobrevivientes de accidentes, agresiones y violaciones que desarrollan un trastorno de estrés agudo. Los niveles extremos de ansiedad que pueden estar asociados con el trastorno de estrés agudo pueden interferir con el sueño, los niveles de energía y la capacidad para atender las tareas. La evitación en el trastorno de estrés agudo puede dar lugar a una abstinencia generalizada de muchas situaciones que se perciben como potencialmente amenazantes, lo que puede llevar a la falta de asistencia a las citas médicas, a evitar conducir para ir a citas importantes y al ausentismo laboral.

Diagnóstico diferencial

Trastornos de adaptación. En los trastornos de adaptación, el factor estresante puede ser de cualquier gravedad, en lugar de la gravedad y el tipo requeridos por el Criterio A del trastorno de estrés agudo. El diagnóstico de un trastorno de adaptación se utiliza cuando la respuesta a un evento del Criterio A no cumple con los criterios del trastorno de estrés agudo (u otro trastorno mental específico) y cuando el patrón de síntomas del trastorno de estrés agudo ocurre en respuesta a un factor estresante que no cumplir con el Criterio A para exposición a muerte real o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual (p. ej., abandono del cónyuge, despido).
Por ejemplo, las reacciones de estrés graves a enfermedades potencialmente mortales que pueden incluir algunos síntomas de trastorno de estrés agudo pueden describirse más apropiadamente como un trastorno de adaptación. Algunas formas de respuesta al estrés agudo no incluyen síntomas del trastorno de estrés agudo y pueden caracterizarse por ira, depresión o culpa. Estas respuestas se describen más apropiadamente como principalmente un trastorno de adaptación. Las respuestas depresivas o de ira en un trastorno de adaptación pueden implicar cavilaciones sobre el evento traumático, a diferencia de los recuerdos angustiantes involuntarios e intrusivos en el trastorno de estrés agudo.

Trastorno de pánico. Los ataques de pánico espontáneos son muy comunes en el trastorno de estrés agudo. Sin embargo, el trastorno de pánico se diagnostica sólo si los ataques de pánico son inesperados y hay ansiedad acerca de ataques futuros o cambios desadaptativos en el comportamiento asociados con el miedo a las consecuencias nefastas de los ataques.

Trastornos disociativos. Las respuestas disociativas graves (en ausencia de síntomas característicos del trastorno de estrés agudo) pueden diagnosticarse como trastorno de desrealización/despersonalización. Si la amnesia grave del trauma persiste en ausencia de los síntomas característicos del trastorno de estrés agudo, puede estar indicado el diagnóstico de amnesia disociativa.

Trastorno de estrés postraumático. El trastorno de estrés agudo se distingue del trastorno de estrés postraumático porque el patrón de síntomas del trastorno de estrés agudo debe resolverse dentro del mes siguiente al evento traumático. Si los síntomas persisten durante más de 1 mes y cumplen los criterios de PTSD, el diagnóstico se cambia de trastorno de estrés agudo a PTSD.

Trastorno obsesivo compulsivo. En el trastorno obsesivo-compulsivo, hay pensamientos intrusivos recurrentes, pero estos cumplen con la definición de obsesión. Además, los pensamientos intrusivos no están relacionados con un evento traumático experimentado, las compulsiones suelen estar presentes y otros síntomas del trastorno de estrés agudo suelen estar ausentes.

Desórdenes psicóticos. Los flashbacks en el trastorno de estrés agudo deben distinguirse de las ilusiones,

Machine Translated by Google

alucinaciones y otras alteraciones de la percepción que pueden ocurrir en la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, delirio, trastornos inducidos por sustancias/medicamentos y trastornos psicóticos debidos a otra afección médica. Los flashbacks del trastorno de estrés agudo se distinguen de estos otros trastornos perceptivos por estar directamente relacionados con la experiencia traumática y por ocurrir en ausencia de otras características psicóticas o inducidas por sustancias.

Lesión cerebral traumática. Cuando se produce una lesión cerebral en el contexto de un evento traumático (p. ej., accidente traumático, explosión de una bomba, trauma por aceleración/desaceleración), pueden aparecer síntomas de trastorno de estrés agudo. Un evento que causa un traumatismo craneoencefálico también puede constituir un evento traumático psicológico, y los síntomas neurocognitivos relacionados con una TBI no son mutuamente excluyentes y pueden ocurrir al mismo tiempo. Los síntomas anteriormente denominados posconmoción cerebral (p. ej., dolores de cabeza, mareos, sensibilidad a la luz o al sonido, irritabilidad, déficit de concentración) pueden ocurrir en poblaciones con y sin lesión cerebral, incluidos individuos con trastorno de estrés agudo. Debido a que los síntomas del trastorno de estrés agudo y los síntomas neurocognitivos relacionados con la LCT pueden superponerse, puede ser posible realizar un diagnóstico diferencial entre el trastorno de estrés agudo y los síntomas del trastorno neurocognitivo atribuibles a la LCT basándose en la presencia de síntomas que son distintivos de cada presentación. Mientras que la reexperimentación y la evitación son características del trastorno por estrés agudo y no los efectos del TBI, la desorientación y la confusión persistentes son más específicas del TBI (efectos neurocognitivos) que del trastorno por estrés agudo. Además, el diferencial se ve favorecido por el hecho de que los síntomas del trastorno de estrés agudo persisten hasta so exposición.

Trastornos de adaptación

Criterios de diagnóstico

A. El desarrollo de síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un factor estresante identificable que ocurre dentro de los 3 meses posteriores a la aparición del factor estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como lo demuestra uno o ambos de los siguientes:

1. Angustia marcada que no guarda proporción con la gravedad o intensidad del factor estresante, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y presentación de los síntomas.
2. Deterioro significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de marcha.

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

D. Los síntomas no representan un duelo normal y no se explican mejor por un trastorno de duelo prolongado.

Machine Translated by Google

E. Una vez que el factor estresante o sus consecuencias han terminado, los síntomas no desaparecen.
persistir durante más de 6 meses adicionales.

Especifique si:

F43.21 Con estado de ánimo deprimido: Predomina el mal humor, el llanto o los sentimientos de desesperanza.

F43.22 Con ansiedad: Predomina el nerviosismo, la preocupación, el nerviosismo o la ansiedad por separación.

F43.23 Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido: predomina una combinación de depresión y ansiedad.

F43.24 Con alteración de la conducta: la alteración de la conducta es predominante.

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y la conducta: predominan tanto los síntomas emocionales (p. ej., depresión, ansiedad) como una alteración de la conducta.

F43.20 Sin especificar: para reacciones desadaptativas que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de trastorno de adaptación.

Especificar

si: Agudo: Este especificador se puede utilizar para indicar la persistencia de los síntomas durante menos de 6 meses.

Persistente (crónico): este especificador se puede utilizar para indicar la persistencia de los síntomas durante 6 meses o más. Por definición, los síntomas no pueden persistir durante más de 6 meses después de la terminación del factor estresante o sus consecuencias.
Por lo tanto, el especificador persistente se aplica cuando la duración de la alteración es superior a seis meses en respuesta a un factor estresante crónico o a un factor estresante que tiene consecuencias duraderas.

Especificadores

Por definición, un trastorno de adaptación debe resolverse dentro de los 6 meses siguientes a la terminación del factor estresante o sus consecuencias. Sin embargo, los síntomas pueden persistir durante un período prolongado (es decir, más de 6 meses) si ocurren en respuesta a un factor estresante persistente (p. ej., otra afección médica crónica incapacitante) o a un factor estresante que tiene consecuencias duraderas (p. ej., la crisis financiera). y dificultades emocionales resultantes de un divorcio). La duración de los síntomas de un trastorno de adaptación se puede indicar utilizando los especificadores agudo o persistente (crónico). El especificador agudo se utiliza para indicar la persistencia de los síntomas durante menos de 6 meses. El especificador persistente (crónico) se utiliza para indicar la persistencia de los síntomas durante 6 meses o más. Por lo tanto, este último especificador se aplica cuando la duración de la alteración es superior a seis meses en respuesta a un factor estresante persistente o a un factor estresante que tiene consecuencias duraderas.

Funciones de diagnóstico

Machine Translated by Google

La presencia de síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un factor estresante identificable es la característica esencial de los trastornos de adaptación (Criterio A). El factor estresante puede ser un evento único (p. ej., la terminación de una relación romántica) o puede haber múltiples factores estresantes (p. ej., marcadas dificultades comerciales y problemas matrimoniales). Los factores estresantes pueden ser recurrentes (p. ej., asociados con crisis comerciales estacionales, relaciones sexuales insatisfactorias) o continuos (p. ej., una enfermedad dolorosa persistente con discapacidad creciente, vivir en un vecindario plagado de delincuencia). Los factores estresantes pueden afectar a un solo individuo, a una familia entera o a un grupo o comunidad más grande (p. ej., un desastre natural). Algunos factores estresantes pueden acompañar a acontecimientos específicos del desarrollo (p. ej., ir a la escuela, dejar el hogar de los padres, volver a entrar en el hogar de los padres, casarse, convertirse en padre, no alcanzar objetivos ocupacionales, jubilación).

Los trastornos de adaptación pueden diagnosticarse después de la muerte de un ser querido cuando la intensidad, la calidad o la persistencia de las reacciones de duelo exceden lo que normalmente se podría esperar, cuando se tienen en cuenta las normas culturales, religiosas o apropiadas para la edad y la reacción de duelo no Cumplen los criterios de trastorno de duelo prolongado.

Predominio

Los trastornos de adaptación son comunes, aunque la prevalencia puede variar ampliamente en función de la población estudiada y los métodos de evaluación utilizados. El porcentaje de personas en tratamiento ambulatorio de salud mental en los Estados Unidos con un diagnóstico principal de un trastorno de adaptación oscila entre aproximadamente el 5% y el 20%. Las tasas de trastorno de adaptación pueden ser mayores en las mujeres, como lo señala una investigación realizada en Dinamarca. En las consultas psiquiátricas hospitalarias de Australia, Canadá, Israel y Estados Unidos, un trastorno de adaptación fue a menudo el diagnóstico más común en la década de 1990, alcanzando con frecuencia el 50%.

Desarrollo y evolución

Por definición, la alteración en los trastornos de adaptación comienza dentro de los tres meses siguientes a la aparición de un factor estresante. Si el factor estresante es un evento agudo (p. ej., ser despedido de un trabajo), el inicio de la alteración suele ser inmediato (es decir, en unos pocos días) y la duración es relativamente breve.

(es decir, no más de unos pocos meses). Si el factor estresante o sus consecuencias persisten, el trastorno de adaptación también puede continuar presente y convertirse en una forma persistente. Por definición, si los síntomas persisten más de 6 meses después de que el factor estresante o sus consecuencias hayan cesado, el diagnóstico de trastorno de adaptación ya no se aplicaría.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Las personas que viven en circunstancias desfavorables experimentan una alta tasa de factores estresantes y puede tener un mayor riesgo de sufrir trastornos de adaptación.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Debido a que la naturaleza, el significado y la experiencia de los factores estresantes y la evaluación de la respuesta a los factores estresantes pueden variar entre culturas, el contexto cultural es clave para determinar si los factores estresantes pueden variar entre culturas.

Machine Translated by Google

la respuesta de ajuste es desadaptativa. Los migrantes y refugiados pueden experimentar cambios contextuales y culturales importantes y estresantes que pueden dificultar esta evaluación. En algunos contextos culturales se supone que el sufrimiento es un aspecto intrínseco de la vida normal, de modo que las reacciones angustiosas ante acontecimientos vitales estresantes pueden no considerarse inadaptadas o dignas de tratamiento. La autoinmolación también es un riesgo asociado con el trastorno de adaptación en algunos contextos culturales.

Asociación con pensamientos suicidas o trastornos de adaptación del comportamiento se asocian con un mayor riesgo de intentos de suicidio y suicidio.
Entre las poblaciones de inmigrantes, incluidos los inmigrantes turcos en Europa occidental y los inmigrantes del sur o sudeste asiático en los países del Golfo, se encontró que el trastorno de adaptación estaba entre los diagnósticos más comunes asociados con el comportamiento relacionado con el suicidio.

Consecuencias funcionales de los trastornos de adaptación La angustia subjetiva o el deterioro del funcionamiento asociado con los trastornos de adaptación se manifiesta con frecuencia como una disminución del rendimiento en el trabajo o la escuela y cambios temporales en las relaciones sociales. Un trastorno de adaptación puede complicar el curso de la enfermedad en personas que tienen otra afección médica (p. ej., menor cumplimiento del régimen médico recomendado; mayor duración de la estancia hospitalaria).

Diagnóstico diferencial Trastorno depresivo mayor. Si un individuo tiene síntomas que cumplen con los criterios de un trastorno depresivo mayor en respuesta a un factor estresante, el diagnóstico de trastorno de adaptación no es aplicable. El perfil sintomático del trastorno depresivo mayor lo diferencia de los trastornos de adaptación.

Trastorno de estrés postraumático y trastorno de estrés agudo. En los trastornos de adaptación, el factor estresante puede ser de cualquier gravedad, en lugar de la gravedad y el tipo requeridos por el Criterio A del trastorno de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Para distinguir los trastornos de adaptación de estos dos diagnósticos postraumáticos, hay que tener en cuenta tanto el momento como el perfil de los síntomas.
Los trastornos de adaptación se pueden diagnosticar inmediatamente y persistir hasta 6 meses después de la exposición al evento traumático, mientras que el trastorno de estrés agudo solo puede ocurrir entre 3 días y 1 mes de exposición al factor estresante, y el trastorno de estrés postraumático no se puede diagnosticar hasta que haya pasado al menos 1 mes. desde la aparición del factor estresante traumático. Los perfiles de síntomas requeridos para el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés agudo los diferencian de los trastornos de adaptación. Con respecto a los perfiles de síntomas, se puede diagnosticar un trastorno de adaptación después de un evento traumático cuando un individuo presenta síntomas de trastorno de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático que no alcanzan o exceden el umbral de diagnóstico para cualquiera de los trastornos. Debido a que el trastorno de adaptación no puede persistir durante más de 6 meses después de la terminación del factor estresante o sus consecuencias, los casos en los que los síntomas aparecen en respuesta

a un evento traumático que no alcanza el umbral diagnóstico de PTSD y que persiste durante más de 6 meses debe diagnosticarse como otro trastorno específico relacionado con trauma y estrés. También se debe diagnosticar un trastorno de adaptación en personas que no han estado expuestas a un evento traumático que cumple el Criterio A para el trastorno de estrés postraumático, pero que por lo demás exhiben la totalidad de su capacidad de adaptación.

Machine Translated by Google

perfil de síntomas del trastorno de estrés agudo o del trastorno de estrés postraumático.

Desorden de personalidad. Con respecto a los trastornos de la personalidad, algunos rasgos de la personalidad pueden estar asociados con una vulnerabilidad al malestar situacional que puede parecerse a un trastorno de adaptación. La historia del funcionamiento de la personalidad a lo largo de la vida ayudará a informar la interpretación de las conductas angustiadas para ayudar a distinguir un trastorno de personalidad de larga duración de un trastorno de adaptación. Además de que algunos trastornos de la personalidad generan vulnerabilidad a la angustia, los factores estresantes también pueden exacerbar los síntomas del trastorno de la personalidad. En presencia de un trastorno de personalidad, si se cumplen los criterios de síntomas para un trastorno de adaptación y la alteración relacionada con el estrés excede lo que puede ser atribuible a los síntomas del trastorno de personalidad desadaptativa (es decir, se cumple el Criterio C), entonces el diagnóstico de trastorno de adaptación Se debe hacer desorden.

Duelo. La angustia aguda clínicamente significativa relacionada con el duelo a veces puede diagnosticarse como un trastorno de adaptación si se considera que el duelo es desproporcionado con respecto a lo que se esperaría o si perjudica significativamente el autocuidado y las relaciones interpersonales. Cuando dichos síntomas persisten durante más de 12 meses después de la muerte, el diagnóstico es trastorno de duelo prolongado si se cumplen todos los criterios u otro trastorno específico relacionado con traumas y factores estresantes.

Factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas. En los factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas, entidades psicológicas específicas (p. ej., síntomas psicológicos, conductas, otros factores) exacerban una afección médica. Estos factores psicológicos pueden precipitar, exacerbar o poner a un individuo en riesgo de padecer una enfermedad médica, o pueden empeorar una condición existente. Por el contrario, un trastorno de adaptación es una reacción al factor estresante (p. ej., tener una enfermedad médica).

Reacciones de estrés normativo. Cuando suceden cosas malas, la mayoría de la gente se enoja. Este no es un trastorno de adaptación. El diagnóstico sólo debe realizarse cuando la magnitud del malestar (p. ej., alteraciones del estado de ánimo, ansiedad o conducta) excede lo que normalmente se esperaría (que puede variar en diferentes culturas) o cuando el evento adverso precipita un deterioro funcional.

Comorbilidad Los

trastornos de adaptación pueden acompañar a la mayoría de los trastornos mentales y a cualquier condición médica. Los trastornos de adaptación pueden diagnosticarse además de otro trastorno mental sólo si este último no explica los síntomas particulares que se producen como reacción al factor estresante. Por ejemplo, un individuo puede desarrollar un trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, después de perder el trabajo y al mismo tiempo tener un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo. O bien, un individuo puede tener un trastorno depresivo o bipolar y un trastorno de adaptación siempre que se cumplan los criterios para ambos.
Los trastornos de adaptación son acompañamientos comunes de las enfermedades médicas y pueden ser la principal respuesta psicológica a una condición médica.

Trastorno de duelo prolongado

Criterios de diagnóstico	F43.8
A. La muerte, hace al menos 12 meses, de una persona cercana al doliente	

Machine Translated by Google

individual (para niños y adolescentes, hace al menos 6 meses).

B. Desde la muerte, el desarrollo de una respuesta de duelo persistente caracterizada por uno o ambos de los siguientes síntomas, que han estado presentes la mayoría de los días en un grado clínicamente significativo. Además, los síntomas han ocurrido casi todos los días durante al menos el último mes: 1. Anhelo/anhelo intenso por la persona fallecida.

2. Preocupación por pensamientos o recuerdos de la persona fallecida (en niños y adolescentes, la preocupación puede centrarse en las circunstancias de la muerte).

C. Desde la muerte, al menos tres de los siguientes síntomas han estado presentes la mayoría de los días en un grado clínicamente significativo. Además, los síntomas han ocurrido casi todos los días durante al menos el último mes: 1. Alteración de la identidad (p. ej.,

sensación de que una parte de uno mismo ha muerto) desde el muerte.

2. Marcado sentimiento de incredulidad ante la muerte.

3. Evitar recordatorios de que la persona está muerta (en niños y adolescentes, puede caracterizarse por esfuerzos por evitar recordatorios).

4. Dolor emocional intenso (p. ej., ira, amargura, tristeza) relacionado con la muerte.

5. Dificultad para reintegrarse a las relaciones y actividades propias después de la muerte (p. ej., problemas para relacionarse con amigos, perseguir intereses o planificar el futuro).

6. Entumecimiento emocional (ausencia o reducción marcada de la experiencia emocional) como resultado de la muerte.

7. Sentir que la vida no tiene sentido a consecuencia de la muerte.

8. Soledad intensa como consecuencia de la muerte.

D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La duración y gravedad de la reacción de duelo exceden claramente las normas sociales, culturales o religiosas esperadas para la cultura y el contexto del individuo.

F. Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, como el trastorno depresivo mayor o el trastorno de estrés postraumático, y no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamentos, alcohol) u otra afección médica.

Características diagnósticas El

trastorno de duelo prolongado representa una reacción de duelo desadaptativa prolongada que puede diagnosticarse sólo después de que hayan transcurrido al menos 12 meses (6 meses en niños y adolescentes) desde la muerte de alguien con quien el deudo tenía una relación cercana (Criterio A). Aunque en general

Machine Translated by Google

Aunque este período de tiempo discrimina de manera confiable el duelo normal del duelo que continúa siendo severo y perjudicial, la duración del duelo adaptativo puede variar individual y transculturalmente. La afección implica el desarrollo de una respuesta de duelo persistente caracterizada por un intenso anhelo o añoranza por la persona fallecida (a menudo con tristeza intensa y llanto frecuente) o preocupación por pensamientos o recuerdos del fallecido, aunque en niños y adolescentes, esta preocupación puede centrarse en las circunstancias de la muerte. El anhelo/anhelo intenso o la preocupación han estado presentes la mayoría de los días en un grado clínicamente significativo y han ocurrido casi todos los días durante al menos el último mes (Criterio B). Además, desde la muerte, al menos tres síntomas adicionales han estado presentes la mayoría de los días en un grado clínicamente significativo y han ocurrido casi todos los días durante al menos el mes pasado. Estos síntomas incluyen alteración de la identidad desde la muerte (p. ej., sentir como si una parte de uno mismo hubiera muerto) (Criterio C1); un marcado sentimiento de incredulidad ante la muerte (Criterio C2); evitar recordatorios de que la persona está muerta, lo que en niños y adolescentes puede caracterizarse por esfuerzos por evitar recordatorios (Criterio C3); dolor emocional intenso (p. ej., ira, amargura, culpa) desde la muerte (Criterio C4); tener dificultades para reintegrarse a las relaciones y actividades personales desde la muerte (p. ej., problemas

relacionarse con amigos, perseguir intereses o planificar el futuro) (Criterio C5); entumecimiento emocional (ausencia o marcada reducción de la experiencia emocional) como resultado de la muerte (Criterio C6); sentir que la vida no tiene sentido como resultado de la muerte (Criterio C7); o soledad intensa como consecuencia de la muerte (Criterio C8).

Los síntomas del trastorno de duelo prolongado deben provocar angustia clínicamente significativa o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento del individuo en duelo (Criterio D). La naturaleza, duración y gravedad de la reacción de duelo deben exceder claramente las normas sociales, culturales o religiosas esperadas para la cultura y el contexto del individuo (Criterio E). Aunque existen variaciones en cómo se puede manifestar el duelo, los síntomas del trastorno de duelo prolongado ocurren en todos los géneros y en diversos grupos sociales y culturales.

Funciones asociadas

Las personas con síntomas de trastorno de duelo prolongado a menudo experimentan cogniciones desadaptativas sobre sí mismos, culpa por la muerte y disminución de la esperanza de vida futura y de sus objetivos de vida. Las quejas somáticas suelen acompañar a la afección y pueden estar relacionadas con depresión y ansiedad comórbidas, alteración de la identidad social y aumento de las visitas al cuidado de la salud; los síntomas somáticos pueden estar asociados con los que experimentó el fallecido (p. ej., cambios en el apetito). Los comportamientos nocivos para la salud relacionados con una disminución del autocuidado y la preocupación también son comunes en personas con síntomas de trastorno de duelo prolongado. Las alucinaciones sobre el difunto (p. ej., escuchar la voz de la persona fallecida) pueden ocurrir durante el duelo normal, pero pueden ser más comunes en personas con síntomas de trastorno de duelo prolongado; Las alucinaciones experimentadas por personas con síntomas de trastorno de duelo prolongado pueden estar asociadas con alteraciones de la identidad social y del propósito relacionado con la muerte (p. ej., confusión sobre el papel de uno en la vida, sentimiento de falta de sentido). Otras características asociadas al trastorno de duelo prolongado incluyen amargura, ira o inquietud; culpar a otros por la muerte; y disminución de la cantidad y calidad del sueño.

Machine Translated by Google

Predominio

Se desconoce la prevalencia del trastorno de duelo prolongado del DSM-5 en adultos. El metanálisis de estudios en cuatro continentes que utilizaron una definición diferente de trastorno de duelo prolongado con una duración de al menos 6 meses después de la pérdida sugiere una prevalencia agrupada del 9,8%; sin embargo, hubo una heterogeneidad metodológica sustancial entre los estudios (p. ej., en las definiciones de los síntomas, las medidas, la duración del duelo), lo que afectó los hallazgos de prevalencia. Las poblaciones con elevada exposición al trauma pueden tener tasas de prevalencia más altas. La prevalencia media de presentaciones de duelo prolongado puede ser mayor en los países occidentales de ingresos altos que en los países asiáticos de ingresos altos y medianos altos, pero estudios recientes en China han revelado tasas más altas y una variación sustancial. La prevalencia del trastorno de duelo complejo persistente (incluido en la Sección III del DSM-5, “Condiciones para estudios adicionales”) entre los jóvenes estadounidenses en duelo en la comunidad se estimó en un 18%.

Desarrollo y curso

Hay datos limitados sobre el curso del trastorno de duelo prolongado a lo largo de la vida. Los síntomas suelen comenzar en los primeros meses después de la muerte, aunque puede haber un retraso antes de que aparezca el síndrome completo. La evidencia preliminar sugiere que el curso puede ser especialmente prolongado entre los padres después de la muerte de un hijo. El curso del trastorno de duelo prolongado puede complicarse por un trastorno de estrés postraumático comórbido, que es más común en situaciones de duelo después de la muerte violenta de un ser querido (p. ej., asesinato, suicidio) cuando el duelo por el deudo puede ir acompañado de una amenaza a su vida personal. y/o presenciar una muerte violenta y potencialmente espantosa. La edad avanzada puede estar asociada con un mayor riesgo de desarrollar el trastorno después de la muerte de un ser querido. Los adultos mayores con síntomas de trastorno de duelo prolongado pueden tener un riesgo elevado de sufrir un deterioro cognitivo progresivo.

En los niños, la angustia puede expresarse en juegos y conductas, regresiones en el desarrollo y conductas ansiosas o de protesta en momentos de separación y reencuentro. Los niños pequeños pueden experimentar síntomas de trastorno de duelo prolongado de formas específicas debido a su edad. La pérdida de un cuidador principal puede ser particularmente traumática para un niño pequeño, dados los efectos desorganizadores de la ausencia del cuidador. Los niños pequeños pueden protestar o enojarse cuando las actividades de cuidado diario se realizan de manera diferente a las del difunto (p. ej., cocinar, disciplina, rituales a la hora de acostarse). Pueden expresar una intensa inseguridad sobre su futuro, que a menudo se manifiesta como preocupaciones sobre la salud y la seguridad de sus cuidadores y sobre ellos mismos, con preguntas repetidas sobre la muerte. Es posible que se dediquen a buscar al difunto porque no comprenden la permanencia de la muerte. Los niños pequeños tienden a presentar manifestaciones somáticas como alteraciones del sueño, la alimentación, la digestión y el nivel de energía. Pueden expresar anhelo en pensamiento y juego como un deseo, literalmente, de reunirse físicamente con el difunto para superar la dolorosa separación física (por ejemplo, subir una escalera al cielo o tumbarse en el suelo junto a uno de sus padres). Los niños pequeños normalmente no comprenden ni describen el entumecimiento, mientras que los adolescentes pueden describir "no sentir nada".

En niños y adolescentes, la preocupación constante por las circunstancias de la muerte puede implicar centrarse en aspectos angustiantes del deterioro físico a lo largo del transcurso de una muerte.

Machine Translated by Google

enfermedad y/o la incapacidad de un cuidador para realizar funciones vitales de cuidado. La alteración de la identidad puede incluir sentirse profundamente diferente de los demás, a menudo en respuesta a recordatorios de pérdidas (p. ej., hacer tarjetas del Día de la Madre en la escuela, ver a un amigo disfrutar de un pasatiempo con un hermano). Los niños y adolescentes pueden mostrar verbalmente, en su comportamiento o mediante un retraimiento emocional renuencia a unirse a los adultos en actividades que sirvan como recordatorios de pérdidas. Pueden experimentar un dolor emocional intenso al sentirse privados ("robados") de la ayuda del difunto con las tareas de desarrollo en curso (p. ej., inicio de la menstruación). La angustia por separación puede ser predominante en los niños más pequeños, y la angustia por las alteraciones en la identidad social (p. ej., confusión sobre el propósito de la vida) y el riesgo de depresión comórbida pueden manifestarse cada vez más en niños mayores y adolescentes.

No lograr transiciones y hitos del desarrollo apropiados para la edad es una manifestación de incapacidad para reintegrarse a los roles de la vida. Para los niños mayores y los adolescentes, sentir que la vida no tiene sentido sin la persona que murió puede incluir renunciar a sus aspiraciones de desarrollo ("No vale la pena intentarlo si no pueden estar aquí"), no preocuparse por comportamientos riesgosos ("¿Y qué si yo no puedo estar aquí?"). ¿lastimarse o morir?"), o sentir que su futuro está "arruinado". Los niños mayores y los adolescentes pueden sentir aprensión por compartir un destino similar al del fallecido, incluida la muerte prematura.
La soledad puede intensificarse si se mantiene el duelo en privado, a veces por no querer aumentar la angustia de un cuidador en duelo o evitar un presunto estigma por parte de sus compañeros.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El riesgo de síntomas de trastorno de duelo prolongado aumenta por una mayor dependencia del fallecido antes de la muerte, por la muerte de un niño, por muertes violentas o inesperadas y por factores estresantes económicos. El trastorno tiene una mayor prevalencia después de la muerte de un cónyuge/pareja o hijo en comparación con otras relaciones de parentesco con el fallecido. Las perturbaciones en la disponibilidad y el apoyo de los cuidadores aumentan el riesgo para los niños en duelo.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Los síntomas del trastorno de duelo prolongado se observan en todos los entornos culturales, pero las respuestas al duelo pueden manifestarse de maneras culturalmente específicas, incluida la duración esperada, y mostrar variaciones históricas. Por ejemplo, en todas las culturas, las pesadillas sobre los fallecidos pueden ser especialmente angustiosas debido al significado que se les atribuye; la prevalencia de alucinaciones del fallecido o de síntomas somáticos relacionados con el duelo puede variar; y expresiones indirectas de deterioro funcional relacionado con el trastorno de duelo prolongado (p. ej.,

comportamientos como beber o cuidarse mal) pueden ser más frecuentes que las expresiones directas de duelo.
La incapacidad de llevar a cabo rituales funerarios en algunas culturas puede empeorar los síntomas del trastorno de duelo prolongado, posiblemente debido a la interpretación de su impacto en el estado espiritual del difunto.
Algunos estudios sugieren una mayor prevalencia de los síntomas del trastorno de duelo prolongado en los afroamericanos en comparación con los blancos no hispanos; La causa de estas elevaciones requiere más estudios en áreas como la exposición diferencial a la muerte súbita o violenta. Las diferencias en las prácticas de duelo pueden contribuir a la prescripción o prohibición cultural de expresiones de duelo específicas, y las normas culturales sobre el estatus social de los deudos pueden afectar la intensidad del duelo.

Machine Translated by Google

y duración, como diferentes niveles de apoyo o sanción social hacia el nuevo matrimonio dependiendo del género de la persona en duelo. El diagnóstico del trastorno requiere que las respuestas persistentes y graves vayan más allá de las normas culturales de las respuestas al duelo y no se expliquen mejor mediante rituales de duelo culturalmente específicos.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Algunos estudios encuentran una mayor prevalencia de trastornos o gravedad de los síntomas entre las mujeres en duelo, pero otros estudios concluyen que la disparidad de género es pequeña y/o no estadísticamente significativa.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Las personas con síntomas de trastorno de duelo prolongado tienen un mayor riesgo de ideación suicida, incluso después de ajustar el efecto de la depresión mayor y el trastorno de estrés postraumático. La asociación entre los síntomas del trastorno de duelo prolongado y la ideación suicida es constante a lo largo de la vida y a nivel internacional. Sin embargo, la literatura existente no establece si la ideación suicida asociada con síntomas de trastorno de duelo prolongado está relacionada con una mayor incidencia de conducta suicida. El estigma, el aislamiento, la pertenencia frustrada, la evitación y la angustia psicológica en personas en duelo se asocian con la ideación suicida. En comparación con las personas cuyo duelo se debe a causas no violentas, las personas cuyos síntomas de trastorno de duelo prolongado son el resultado de una pérdida violenta (p. ej., homicidio, suicidio, accidente) tienen un mayor riesgo de ideación suicida. De manera similar, las personas que experimentan la muerte de un niño, especialmente si el niño tiene menos de 25 años, tienen más probabilidades de desarrollar síntomas de trastorno de duelo prolongado que se asocian con ideación suicida.

Consecuencias funcionales del trastorno de duelo prolongado Los síntomas del trastorno de duelo prolongado se asocian con deficiencias en el funcionamiento laboral y social y con conductas nocivas para la salud, como un mayor consumo de tabaco y alcohol. También se asocian con marcados aumentos en el riesgo de sufrir afecciones médicas graves, incluidas enfermedades cardíacas, hipertensión, cáncer, deficiencias inmunológicas y reducción de la calidad de vida.
Las consecuencias a largo plazo para el desarrollo de niños y adolescentes incluyen el abandono prematuro de la escuela, menores aspiraciones educativas y menores logros académicos; Las mujeres jóvenes en particular pueden dudar en casarse en su transición a la edad adulta. El deterioro del funcionamiento cognitivo puede estar asociado con síntomas de trastorno de duelo prolongado, especialmente en adultos de mediana edad y mayores.

Diagnóstico Diferencial Duelo normal. El trastorno de duelo prolongado se distingue del duelo normal por la presencia de reacciones de duelo graves que persisten al menos 12 meses (6 meses en niños o adolescentes) después de la muerte de una persona cercana al individuo en duelo. Sólo cuando los niveles severos de respuesta al duelo persisten durante el período especificado después de la muerte, interfieren con la capacidad del individuo para funcionar y exceden las normas culturales, sociales o religiosas, se diagnostica el trastorno de duelo prolongado. Al evaluar el requisito de que los síntomas clínicamente significativos estén presentes la mayoría de los días durante el último mes, se debe tener en cuenta que se pueden observar marcados aumentos en la gravedad del duelo en el duelo normal alrededor del calendario.

Machine Translated by Google

días que recuerdan la pérdida, como el aniversario de la muerte, cumpleaños, aniversarios de boda y días festivos; Esta exacerbación de la gravedad del duelo no constituye por sí sola, en ausencia de duelo persistente en otros momentos, evidencia de un trastorno de duelo prolongado.

Trastornos depresivos. El trastorno de duelo prolongado, el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente comparten varios síntomas, como mal humor, llanto y pensamientos suicidas.
Sin embargo, en el trastorno de duelo prolongado la angustia se centra en sentimientos de pérdida y separación de un ser querido en lugar de reflejar un bajo estado de ánimo generalizado. El trastorno depresivo mayor también puede estar precedido por la muerte de un ser querido, con o sin trastorno de duelo prolongado comórbido.

Trastorno de estrés postraumático. Las personas que experimentan duelo como resultado de una muerte violenta o accidental pueden desarrollar tanto trastorno de estrés postraumático como trastorno de duelo prolongado. Ambas condiciones pueden implicar pensamientos intrusivos y evitación. Mientras que las intrusiones en el trastorno de estrés postraumático giran en torno al evento traumático (que puede haber causado la muerte de un ser querido), los recuerdos intrusivos en el trastorno de duelo prolongado se centran en pensamientos sobre muchos aspectos de la relación con el fallecido, incluidos los aspectos positivos de la relación y la angustia por el fallecimiento. la separación. A diferencia de la evitación en el trastorno de estrés postraumático, que se manifiesta por la evitación de recuerdos, pensamientos o sentimientos asociados con el evento traumático que condujo a la muerte del ser querido (p. ej., recuerdos del accidente automovilístico fatal que mató al ser querido), la evitación en el trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) El trastorno de duelo prolongado consiste en recordatorios de que el ser querido ya no está presente (p. ej., evitación de actividades realizadas junto con el fallecido). Además, volver a experimentar recuerdos en el trastorno de estrés postraumático tiende a ser más perceptual: el individuo informa que el recuerdo se siente como si estuviera ocurriendo en el “aquí y ahora”, lo que no suele ser el caso en el trastorno de duelo prolongado. En el trastorno de duelo prolongado, también hay un anhelo por el difunto, que está ausente en el trastorno de estrés postraumático.

Trastorno de ansiedad por separación. El trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por la ansiedad por la separación de las figuras de apego actuales, mientras que el trastorno de duelo prolongado implica angustia por la separación de una persona fallecida.

Desorden psicotico. Las alucinaciones sobre el difunto (p. ej., ver al difunto en su silla favorita) o sensaciones transitorias sobre la presencia del difunto (p. ej., mediante el tacto, la voz o la vista) son comunes en todas las culturas durante el duelo normal y pueden experimentarse como tranquilizadoras, y a menudo ocurren mientras el individuo se está quedando dormido (hipnagógico). Para recibir un diagnóstico de trastorno psicótico, las personas con trastorno de duelo prolongado también deben presentar otros síntomas de psicosis, como delirios, pensamientos desorganizados o síntomas negativos.

Comorbilidad

Los trastornos comórbidos más comunes con síntomas de trastorno de duelo prolongado son el trastorno depresivo mayor, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos por uso de sustancias. El trastorno de estrés postraumático es más frecuentemente comórbido con síntomas de trastorno de duelo prolongado cuando la muerte ocurrió en circunstancias violentas o accidentales. El trastorno de ansiedad por separación que afecta a figuras de apego vivas importantes puede tener comorbilidad con síntomas de trastorno de duelo prolongado.

Otros trastornos específicos relacionados con traumas y factores estresantes

Machine Translated by Google

F43.8

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con un trauma y un factor de estrés que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen con los requisitos.

criterios completos para cualquiera de los trastornos en la clase de diagnóstico de trastornos relacionados con traumas y factores estresantes. La otra categoría específica de trastorno relacionado con traumas y factores estresantes se utiliza en situaciones en las que el médico elige comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios para ningún trastorno específico relacionado con traumas y factores estresantes. Esto se hace registrando “otro trastorno específico relacionado con traumas y factores estresantes” seguido del motivo específico (p. ej., “respuesta persistente al trauma con síntomas similares al trastorno de estrés postraumático”).

Ejemplos de presentaciones que pueden especificarse utilizando la designación “otro especificado” incluyen los siguientes: 1. Trastornos

similares a la adaptación con inicio tardío de los síntomas que ocurren más de 3 meses después del factor estresante.

2. Trastornos de tipo adaptativo con duración prolongada de más de 6 meses
sin duración prolongada del estresor.

3. Respuesta persistente al trauma con síntomas similares al PTSD (es decir, síntomas que ocurren en respuesta a un evento traumático que no alcanza el umbral de diagnóstico para el PTSD y que persisten durante más de 6 meses, a veces denominado "PTSD subumbral/parcial").

4. Ataque de nervios: Ver “Cultivo y diagnóstico psiquiátrico” en la Sección III.

5. Otros síndromes culturales: consulte “Cultura y diagnóstico psiquiátrico” en la sección III.

Trastorno no especificado relacionado con traumas y factores estresantes

F43.9

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con un trauma y un factor de estrés que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos en la clase de diagnóstico de trastornos relacionados con traumas y factores estresantes. La categoría de trastorno relacionado con un trauma y un factor de estrés no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide no especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un trastorno relacionado con un trauma y un factor de estrés específico e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un más

Machine Translated by Google

diagnóstico específico (p. ej., en salas de emergencia).

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Trastornos disociativos

Los trastornos disociativos se caracterizan por una alteración y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad, las emociones, la percepción, la representación corporal, el control motor y la conducta. Los síntomas disociativos pueden potencialmente alterar todas las áreas del funcionamiento psicológico. Este capítulo incluye el trastorno de identidad disociativo, la amnesia disociativa, el trastorno de despersonalización/desrealización, otros trastornos disociativos especificados y el trastorno disociativo no especificado.

Los trastornos disociativos se encuentran con frecuencia como consecuencia de una amplia variedad de experiencias psicológicamente traumáticas en niños, adolescentes y adultos. A lo largo de este capítulo, “experiencias traumáticas” se refiere a experiencias que resultan en secuelas psicológicas, a diferencia del impacto físico que puede causar una lesión cerebral traumática. Por lo tanto, en el DSM-5, los trastornos disociativos se ubican junto a los trastornos relacionados con traumas y factores estresantes, pero no forman parte de ellos, lo que refleja la estrecha relación entre estas clases de diagnóstico. Tanto el trastorno de estrés agudo como el trastorno de estrés postraumático incluyen síntomas disociativos, como amnesia, flashbacks, entumecimiento y despersonalización/desrealización.

Los síntomas disociativos se experimentan como intrusiones espontáneas en la conciencia y la conducta, acompañadas de pérdidas de continuidad en la experiencia subjetiva (es decir, síntomas disociativos "positivos" como división de identidad, despersonalización y desrealización) y/o incapacidad para acceder a la información o a controlar funciones mentales que normalmente son fáciles de acceder o controlar (es decir, síntomas disociativos “negativos” como la amnesia).

En todos los contextos culturales, los factores de riesgo de la patología disociativa incluyen la aparición más temprana del trauma; negligencia y abuso sexual, físico y emocional por parte de los padres; traumas y adversidades acumulativos en los primeros años de vida; y traumas o torturas repetidos y sostenidos asociados con el cautiverio (por ejemplo, experimentados por prisioneros de guerra o víctimas de trata).

El trastorno de despersonalización/desrealización se caracteriza por una despersonalización persistente o recurrente clínicamente significativa (es decir, experiencias de irrealidad o desapego de la propia mente, yo o cuerpo) y/o desrealización (es decir, experiencias de irrealidad o desapego del entorno). Estas alteraciones de la experiencia van acompañadas de una prueba de realidad intacta. No hay evidencia de ninguna distinción entre síntomas predominantemente de despersonalización y predominantemente desrealización. Las personas con este trastorno pueden tener despersonalización, desrealización o ambas.

La amnesia disociativa se caracteriza por una incapacidad para recordar información autobiográfica que es incompatible con el olvido normal. La amnesia puede ser localizada (es decir, un evento o período de tiempo), selectiva (es decir, un aspecto específico de un evento) o generalizada (es decir, identidad e historia de vida). En la amnesia disociativa, los déficits de memoria son principalmente retrógrados y a menudo se asocian con experiencias traumáticas (p. ej., falta de recuerdo del tercer grado cuando el individuo fue secuestrado y retenido como rehén). Aunque algunas personas con amnesia notan rápidamente que tienen lagunas o una sensación de fragmentación en su memoria remota, la mayoría de las personas con trastornos disociativos

Machine Translated by Google

Inicialmente no son conscientes de su amnesia o minimizan o racionalizan los déficits. Para ellos, la conciencia de la amnesia ocurre cuando se dan cuenta de que no recuerdan su identidad personal o cuando las circunstancias hacen que estos individuos se den cuenta de que falta información autobiográfica importante (por ejemplo, cuando descubren

evidencia o se les cuenta eventos pasados que no pueden recordar). La amnesia disociativa generalizada con pérdida de una parte importante o de la totalidad de la historia de vida y/o de la identidad del individuo es rara.

El trastorno de identidad disociativo se caracteriza por a) la presencia de dos o más estados de personalidad distintos o una experiencia de posesión yb) episodios recurrentes de amnesia disociativa. La fragmentación/división de la identidad puede variar según los contextos culturales (por ejemplo, presentaciones en forma de posesión) y según las circunstancias. Por lo tanto, los individuos pueden experimentar discontinuidades en la identidad y la memoria que pueden no ser inmediatamente evidentes para los demás o que quedan oscurecidas por los intentos de ocultar la disfunción. Las personas con trastorno de identidad disociativo experimentan intrusiones recurrentes e inexplicables en su funcionamiento consciente y sentido de sí mismos (p. ej., voces; acciones y habla disociadas; pensamientos, emociones e impulsos intrusivos); alteraciones del sentido de uno mismo (p. ej., actitudes, preferencias y sensación de que su cuerpo o sus acciones no son propios); cambios extraños de percepción (p. ej., despersonalización o desrealización, como sentirse desapegado, como si se observara a sí mismo desde fuera de su cuerpo); y síntomas neurológicos funcionales intermitentes. El estrés suele producir una exacerbación transitoria de los síntomas disociativos que los hace más evidentes.

La categoría residual de otro trastorno disociativo específico incluye presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo que causan malestar o deterioro clínicamente significativo, pero que no cumplen con los criterios de ninguno de los trastornos disociativos específicos. Los ejemplos incluyen alteraciones de la identidad asociadas con discontinuidades poco marcadas en el sentido del yo y de la agencia, alteraciones de la identidad o episodios de posesión en ausencia de antecedentes de episodios de amnesia disociativa; alteración de la identidad debido a una persuasión coercitiva prolongada e intensiva como puede ocurrir en sectas/ cultos u organizaciones terroristas; reacciones disociativas agudas a eventos estresantes que duran menos de 1 mes; y trance disociativo, que se caracteriza por un estrechamiento agudo o una pérdida completa de la conciencia del entorno inmediato que se manifiesta como una profunda falta de respuesta o insensibilidad a los estímulos ambientales.

Trastorno de identidad disociativo

Criterios de diagnóstico F44.81

A. Alteración de la identidad caracterizada por dos o más estados de personalidad distintos, que pueden describirse en algunas culturas como una experiencia de posesión. La alteración de la identidad implica una marcada discontinuidad en el sentido del yo y del sentido de agencia, acompañada de alteraciones relacionadas en el afecto, la conducta, la conciencia, la memoria, la percepción, la cognición y/o el funcionamiento sensorio-motor. Estos signos

Machine Translated by Google

y los síntomas pueden ser observados por otros o reportados por el individuo.

B. Lagunas recurrentes en el recuerdo de eventos cotidianos, información personal importante y/o eventos traumáticos que son inconsistentes con el olvido ordinario.

C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La perturbación no es parte normal de una cultura o religión ampliamente aceptada.
práctica.

Nota: En los niños, los síntomas no se explican mejor con compañeros de juego imaginarios u otros juegos de fantasía.

E. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desmayos o comportamiento caótico durante la intoxicación por alcohol) ni a otra afección médica (p. ej., convulsiones parciales complejas).

Características diagnósticas

La característica definitoria del trastorno de identidad disociativo es la presencia de dos o más estados de personalidad distintos o una experiencia de posesión (Criterio A). La manifestación o encubrimiento de estos estados de personalidad varía en función de la motivación psicológica, el nivel actual de estrés, el contexto cultural, los conflictos y dinámicas internas y la resiliencia emocional, entre otros factores.
Pueden ocurrir períodos sostenidos de confusión/alteración de identidad cuando las presiones psicosociales son severas y/o prolongadas. En aquellos casos de trastorno de identidad disociativo que se presentan cuando el individuo está poseído por identidades externas (p. ej., espíritus, demonios) (trastorno de identidad disociativo en forma de posesión), y en una pequeña proporción de casos sin forma de posesión, manifestaciones de identidades alternativas. son fácilmente observables. La mayoría de los individuos con trastorno de identidad disociativo sin forma de posesión no muestran abiertamente, o sólo sutilmente, su discontinuidad de identidad, y sólo una minoría se presenta a la atención clínica con una alternancia discernible de identidades. La elaboración de estados de personalidad disociativos con diferentes nombres, vestimentas, peinados, caligrafías, acentos, etc., ocurre sólo en una minoría de individuos con el trastorno de identidad disociativo de forma sin posesión y no es esencial para el diagnóstico. En aquellos casos en los que no se pueden observar directamente estados de personalidad alternativos, la presencia de estados de personalidad distintos puede identificarse mediante alteraciones o discontinuidades repentinas en el sentido de identidad y de agencia del individuo (Criterio A), y amnesias disociativas recurrentes (Criterio B).

Los síntomas del Criterio A están relacionados con discontinuidades de la experiencia que pueden afectar cualquier aspecto del funcionamiento de un individuo. Los individuos con trastorno de identidad disociativo pueden informar la sensación de que de repente se han convertido en observadores despersonalizados de su propio habla y acciones, que pueden sentirse impotentes para detener (es decir, deterioro del sentido de sí mismo y deterioro del sentido de agencia). Estos individuos también pueden informar percepciones de voces (p. ej., la voz de un niño, voces que comentan los pensamientos o el comportamiento del individuo, voces persecutorias y alucinaciones de mando). En algunos casos, se niega específicamente escuchar voces, pero el individuo informa múltiples, desconcertantes e independientes flujos de pensamiento sobre los cuales no experimenta control. Los individuos con trastorno de identidad disociativo pueden reportar alucinaciones en todos los sentidos.

Machine Translated by Google

modalidades: auditiva, visual, táctil, olfativa y gustativa.

Emociones, impulsos, pensamientos e incluso palabras u otras acciones fuertes pueden materializarse repentinamente, sin un sentido de propiedad o control personal (es decir, falta de sentido de agencia). Por el contrario, los pensamientos y las emociones pueden desaparecer inesperadamente y el habla y las acciones quedan abruptamente inhibidas. Estas experiencias se describen con frecuencia como egodistónicas y desconcertantes. Las actitudes, puntos de vista y preferencias personales (por ejemplo, sobre comida, actividades, identidad de género) pueden cambiar repentinamente. Los individuos pueden informar que sus cuerpos se sienten diferentes (p. ej., como un niño pequeño, el sexo opuesto, diferentes edades simultáneamente). Las alteraciones en el sentido de uno mismo y de agencia pueden ir acompañadas de un sentimiento de que las actitudes, las emociones y los comportamientos (incluso el propio cuerpo del individuo) "no son míos" o "no están bajo mi control". Aunque la mayoría de los síntomas del Criterio A son subjetivos, estas discontinuidades repentinas en el habla, los afectos y la conducta pueden ser presenciadas por familiares, amigos o el médico.

En la mayoría de las personas con trastorno de identidad disociativo, el cambio de estado es sutil y puede ocurrir con sólo cambios sutiles en la presentación abierta. El cambio de estado puede ser más evidente en la forma de posesión del trastorno de identidad disociativo. En general, el individuo con trastorno de identidad disociativo se experimenta a sí mismo como múltiples estados que se superponen e interfieren simultáneamente.

La amnesia disociativa (Criterio B) se manifiesta en varios dominios principales: 1) lagunas en cualquier aspecto de la memoria autobiográfica (p. ej., acontecimientos importantes de la vida como casarse o dar a luz, falta de recuerdo de todas las experiencias escolares antes de la escuela secundaria); 2) lapsos en la memoria de eventos recientes o habilidades bien aprendidas (por ejemplo, cómo hacer el trabajo, usar una computadora, cocinar o conducir); y 3) descubrimiento de posesiones que el individuo no recuerda haber poseído (por ejemplo, ropa, armas, herramientas, escritos o dibujos que él o ella debe haber creado).

Son frecuentes las fugas disociativas, con amnesia para viajar. Las personas pueden informar que se encuentran repentinamente en otra ciudad, en el trabajo o incluso en casa: en el armario, debajo de la cama o saliendo corriendo de la casa. La amnesia en personas con trastorno de identidad disociativo no se limita a acontecimientos estresantes o traumáticos; también puede involucrar eventos cotidianos. Los individuos pueden informar lagunas importantes en la memoria continua (p. ej., experimentar “pérdida de tiempo”, “apagones” o “volver en sí” en medio de hacer algo). La amnesia disociativa puede ser evidente para los demás (p. ej., el individuo no recuerda algo que otros presenciaron y que él o ella hizo o dijo, no puede recordar su propio nombre o puede no reconocer a su cónyuge, hijos o amigos cercanos). Es común minimizar o racionalizar la amnesia.

Las identidades en forma de posesión en el trastorno de identidad disociativo generalmente se manifiestan conductualmente como si un “espíritu”, un ser sobrenatural o una persona externa hubiera tomado el control, y el individuo habla o actúa de una manera claramente diferente. Por ejemplo, el comportamiento de un individuo puede dar la apariencia de que su identidad ha sido reemplazada por el “fantasma” de una niña que se suicidó en la misma comunidad años antes, hablando y actuando como si todavía estuviera viva. Las identidades que surgen durante el trastorno de identidad disociativo en forma de posesión se presentan de forma recurrente, son no deseadas e involuntarias y causan angustia o deterioro clínicamente significativo (Criterio C). Sin embargo, la mayoría de los estados de posesión que ocurren en todo el mundo suelen ser parte de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada y, por lo tanto, no cumplen con los criterios del trastorno de identidad disociativo (Criterio D).

Machine Translated by Google

Funciones asociadas

Las personas con trastorno de identidad disociativo suelen presentar depresión, ansiedad, abuso de sustancias, autolesiones u otro síntoma común comorbidos. Las convulsiones no epilépticas y otros síntomas neurológicos funcionales son prominentes en algunas presentaciones del trastorno de identidad disociativo, especialmente en algunos entornos no occidentales. Algunas personas, especialmente en entornos occidentales, pueden presentar síntomas neurológicos aparentemente refractarios, como dolores de cabeza, convulsiones o síntomas que sugieren esclerosis múltiple.

Las personas con trastorno de identidad disociativo a menudo ocultan o no son plenamente conscientes de las alteraciones de la conciencia, la amnesia u otros síntomas disociativos. Muchas personas con trastorno de identidad disociativo informan flashbacks disociativos durante los cuales experimentan un revivir sensorial de un evento anterior como si estuviera ocurriendo en el presente, a menudo con un cambio de identidad, una pérdida parcial o completa de contacto o desorientación hacia la realidad actual durante el flashback y una posterior amnesia del contenido del flashback. Las personas con este trastorno suelen informar múltiples tipos de maltrato interpersonal durante la niñez y la edad adulta. También se pueden informar otros acontecimientos abrumadores en los primeros años de la vida, como múltiples procedimientos médicos largos y dolorosos en los primeros años de vida. Las autolesiones no suicidas son frecuentes. En medidas estandarizadas, estos individuos reportan niveles más altos de hipnotizabilidad y síntomas disociativos en comparación con otros grupos clínicos y sujetos de control sanos. Algunas personas experimentan fenómenos o episodios psicóticos transitorios.

Entre los rasgos de personalidad, los rasgos de personalidad evitativa suelen tener mayor puntuación en personas con trastorno de identidad disociativo, y algunos individuos con trastorno de identidad disociativo son tan evitativos que prefieren estar solos. Cuando están descompensados, algunos individuos con trastorno de identidad disociativo muestran características del trastorno límite de la personalidad (es decir, conductas autodestructivas de alto riesgo e inestabilidad del estado de ánimo). Muchas personas con trastorno de identidad disociativo muestran problemas de apego, pero normalmente no muestran actividad frenética para evitar ser abandonados. Algunos tienen relaciones estables a largo plazo, aunque frecuentemente disfuncionales y/o abusivas, de las que pueden tener dificultades para liberarse.
Los rasgos de personalidad obsesivos son comunes en el trastorno de identidad disociativo, más que los rasgos de personalidad histriónicos. un subgrupo de

Los individuos con trastorno de identidad disociativo tienen rasgos de personalidad narcisistas y/o antisociales.

Predominio

La prevalencia a 12 meses del trastorno de identidad disociativo entre adultos en un pequeño estudio comunitario de EE. UU. fue del 1,5%. La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno de identidad disociativo fue del 1,1% en una muestra representativa de mujeres comunitarias en el medio este de Turquía.

Desarrollo y curso El trastorno puede

manifestarse por primera vez a casi cualquier edad, desde la primera infancia hasta la vejez. Los niños generalmente no presentan cambios de identidad, sino que se presentan principalmente con compañeros imaginarios que actúan de forma independiente o como estados de “estado de ánimo” personificados (fenómenos del Criterio A).

Machine Translated by Google

La disociación en los niños puede generar problemas de memoria, concentración y apego, y puede estar asociada con juegos traumáticos. En los adolescentes, el trastorno de identidad disociativo suele recibir atención clínica debido a síntomas externalizados, comportamiento suicida/autodestructivo o cambios rápidos de comportamiento a menudo atribuidos a otros trastornos como el trastorno por déficit de atención/hiperactividad o el trastorno bipolar infantil. Algunos niños con trastorno de identidad disociativo también pueden ser bastante agresivos e irritables. Las personas mayores con trastorno de identidad disociativo pueden presentar síntomas que parecen ser trastornos del estado de ánimo en la vejez, trastorno obsesivo-compulsivo, paranoia, trastornos psicóticos del estado de ánimo o incluso trastornos cognitivos atribuibles a la amnesia disociativa.

La alteración/confusión de identidad abierta puede ser desencadenada por muchos factores, como experiencias traumáticas posteriores (p. ej., agresión sexual) o incluso factores estresantes aparentemente intrascendentes, como un accidente automovilístico menor. La experiencia de otros factores estresantes importantes o acumulativos de la vida también puede empeorar los síntomas, incluidos acontecimientos de la vida, como que los hijos del individuo alcancen la misma edad en la que el individuo fue abusado o traumatizado significativamente. La muerte o la aparición de una enfermedad mortal en el agresor del individuo es otro ejemplo de un evento que puede empeorar los síntomas. Las personas con trastorno de identidad disociativo corren un alto riesgo de sufrir traumas interpersonales en la edad adulta, como violación, violencia de pareja y explotación sexual, incluido el abuso incestuoso continuo en la edad adulta, así como la trata de adultos.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. En el contexto de la patología familiar y del apego, los traumas de la vida temprana (p. ej., negligencia y abuso físico, sexual y emocional, generalmente antes de los 5 a 6 años de edad) representan un factor de riesgo para el trastorno de identidad disociativo. En estudios de diversas regiones geográficas, alrededor del 90% de las personas con este trastorno informan múltiples tipos de negligencia temprana y abuso infantil, que a menudo se extienden hasta la adolescencia tardía. Algunas personas informan que el maltrato ocurrió principalmente fuera de la familia, en la escuela, la iglesia y/o los vecindarios, incluido el acoso severo.
Otras formas de experiencias traumáticas repetidas en los primeros años de vida incluyen múltiples y dolorosos procedimientos médicos y quirúrgicos infantiles; guerra; terrorismo; o ser objeto de trata desde la niñez.
El inicio también se ha descrito después de una exposición prolongada y a menudo transgeneracional a dinámicas familiares disfuncionales (p. ej., crianza excesivamente controladora, apego inseguro, abuso emocional) en ausencia de negligencia clara o abuso sexual o físico.

Genético y fisiológico. Los estudios de gemelos sugieren que la genética representa alrededor del 45% al 50% de la variación interindividual en los síntomas disociativos, y que las experiencias ambientales no compartidas, estresantes y traumáticas explican la mayor parte de la variación adicional. Varias regiones del cerebro han sido implicadas en la fisiopatología del trastorno de identidad disociativo, incluida la corteza orbitofrontal, el hipocampo, la circunvolución parahipocampal y la amígdala.

Modificadores de curso. Los traumas sexuales, físicos y emocionales continuos a menudo conducen a dificultades importantes en el funcionamiento posterior. Los peores resultados en los adultos suelen estar relacionados con factores estresantes psicosociales graves, revictimización, abuso o explotación sexual o física continua, violencia de pareja, consumo de sustancias refractarias, trastornos alimentarios, enfermedades médicas graves, enredo con la familia de origen abusiva del individuo o implicación continua en delincuente

Machine Translated by Google

subgrupos. Un funcionamiento más deficiente también puede estar relacionado con la perpetración de maltrato infantil o violencia de pareja por parte de personas con trastorno de identidad disociativo.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Muchas características del trastorno de identidad disociativo pueden verse influenciadas por los antecedentes socioculturales del individuo. En entornos donde los síntomas de posesión son comunes (por ejemplo, áreas rurales en países de ingresos bajos y medios, entre ciertos grupos religiosos en los Estados Unidos y Europa), todas o algunas de las identidades fragmentadas pueden tomar la forma de espíritus, deidades, demonios, animales o figuras míticas. La aculturación o el contacto intercultural prolongado pueden moldear la presentación de las otras identidades (por ejemplo, las identidades en la India pueden hablar inglés exclusivamente y vestir ropa occidental). El trastorno de identidad disociativo en forma de posesión se puede distinguir de los estados de posesión culturalmente aceptados en que el primero es involuntario, angustioso e incontrolable; implica conflicto entre el individuo y su entorno familiar, social o laboral; y se manifiesta en momentos y lugares que violan normas culturales o religiosas. Los episodios combinados de psicosis disociativa pueden ser más comunes en contextos culturales con marcada violencia u opresión comunitaria y oportunidades limitadas de reparación.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Las mujeres con trastorno de identidad disociativo predominan en entornos clínicos de adultos, pero no en entornos clínicos de niños/adolescentes ni en estudios de población general. Se han encontrado pocas diferencias en los perfiles de síntomas, la historia clínica y la historia de trauma infantil en las comparaciones entre hombres y mujeres con trastorno de identidad disociativo, excepto que las mujeres pueden tener tasas más altas de somatización.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

La conducta suicida es frecuente. Más del 70% de los pacientes ambulatorios con trastorno de identidad disociativo han intentado suicidarse; los intentos múltiples son comunes y otras conductas autolesivas y de alto riesgo son muy prevalentes. Las personas con trastorno de identidad disociativo tienen múltiples factores de riesgo que interactúan para desarrollar conductas autodestructivas y/o suicidas. Estos incluyen traumas acumulativos y graves en los primeros y últimos años de la vida; altas tasas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos depresivos y trastornos por uso de sustancias comórbidos; y características del trastorno de personalidad. La disociación en sí misma es un factor de riesgo independiente de múltiples intentos de suicidio. Una mayor gravedad de las puntuaciones de los síntomas disociativos se asocia con una mayor frecuencia de intentos de suicidio y autolesiones no suicidas entre los individuos con trastornos disociativos.

Consecuencias funcionales del trastorno de identidad disociativo

Algunos niños y adolescentes con trastorno de identidad disociativo pueden funcionar mal en la escuela y en las relaciones. A otros les va bien en la escuela y lo viven como un respiro. En los adultos, el deterioro varía ampliamente, desde aparentemente mínimo (p. ej., en profesionales de alto funcionamiento) hasta profundo. Los síntomas de los individuos con un funcionamiento superior pueden afectar sus funciones relacionales, maritales, familiares y parentales más que su vida ocupacional y profesional, aunque esta última también puede verse afectada. Muchas personas con discapacidad muestran una mejora en el funcionamiento ocupacional y personal con el tiempo, mientras que algunas personas con discapacidad disociativa

Machine Translated by Google

El trastorno de identidad puede verse afectado en la mayoría de las actividades de la vida y el funcionamiento al nivel de una enfermedad mental crónica y persistente.

Diagnóstico diferencial Tanto el

Amnesia disociativa. trastorno de identidad disociativo como la amnesia disociativa se caracterizan por lagunas en el recuerdo de acontecimientos cotidianos, información personal importante o acontecimientos traumáticos que son incompatibles con el olvido ordinario. El trastorno de identidad disociativo se distingue de la amnesia disociativa por la presencia adicional de una alteración de la identidad caracterizada por dos o más estados de personalidad distintos.

Trastorno de despersonalización/desrealización. La característica esencial del trastorno de despersonalización/desrealización son los episodios persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas.
Los individuos con trastorno de despersonalización/desrealización no experimentan la presencia de estados de personalidad/identidad con alteraciones del yo y la agencia, ni suelen informar amnesia disociativa.

Trastorno depresivo mayor. La mayoría de las personas con trastorno de identidad disociativo padecen un estado emocional postraumático negativo de por vida, a menudo con inicio en la infancia, y sus síntomas pueden parecer cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor. Además, la reactividad postraumática a las épocas del año en las que ocurrió el trauma (reacciones de aniversario), que se manifiesta principalmente con más desaliento, angustia e ideación suicida, también puede parecer un trastorno depresivo mayor, con un patrón estacional. Sin embargo, los individuos con trastorno depresivo mayor o trastorno depresivo persistente no experimentan fluctuaciones disociativas en el yo y la agencia ni amnesia disociativa. Es importante evaluar si todos o la mayoría de los estados de identidad experimentan el estado de ánimo adverso, ya que los síntomas del trastorno del estado de ánimo pueden fluctuar porque se experimentan en algunos estados de identidad, pero no en otros.

Trastornos bipolares. El trastorno de identidad disociativo comúnmente se diagnostica erróneamente como trastorno bipolar, típicamente trastorno bipolar II, con características mixtas. Los cambios relativamente rápidos en el estado de comportamiento en individuos con trastorno de identidad disociativo (generalmente en minutos u horas) son atípicos incluso para los individuos con ciclos más rápidos con trastornos bipolares. Estas alteraciones del estado se deben a estados disociativos que cambian rápidamente y/o a intrusiones postraumáticas fluctuantes. A veces, estos cambios van acompañados de cambios rápidos en los niveles de activación, pero generalmente duran de minutos a horas, no días, y están asociados con la activación de estados de identidad específicos. El estado de ánimo elevado o deprimido puede experimentarse loculado en identidades específicas, a través de fenómenos de superposición/interferencia. Por lo general, el individuo con trastorno de identidad disociativo no tiene un trastorno bipolar clásico del sueño (p. ej., necesidad reducida de dormir), sino que sufre pesadillas crónicas y graves y flashbacks nocturnos que interrumpen el sueño.

Trastorno de estrés postraumático. La mayoría de las personas con trastorno de identidad disociativo tendrán síntomas que cumplen con los criterios de diagnóstico de trastorno de estrés postraumático comórbido. Los síntomas disociativos característicos del trastorno de identidad disociativo deben diferenciarse de la amnesia disociativa, los flashbacks disociativos y la despersonalización/desrealización característicos del trastorno de estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático o el subtipo disociativo de trastorno de estrés postraumático. La amnesia disociativa en el trastorno de estrés postraumático normalmente se manifiesta sólo en eventos traumáticos específicos o aspectos de eventos traumáticos, a diferencia de

Machine Translated by Google

a la amnesia disociativa compleja y crónica característica del trastorno de identidad disociativo.
Los síntomas de despersonalización/desrealización en el subtipo disociativo de PTSD están relacionados con recordatorios postraumáticos específicos. Los síntomas de despersonalización/desrealización en el trastorno de identidad disociativo pueden ocurrir no sólo en respuesta a recordatorios postraumáticos, sino también de manera continua en la vida diaria, incluso en respuesta a interacciones interpersonales estresantes y cuando hay superposición/interferencia entre estados.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Las personas con trastorno de identidad disociativo pueden Experimentar síntomas que superficialmente pueden parecer similares a los de los psicóticos.

trastornos. Estos incluyen alucinaciones auditivas y síntomas característicos de la intrusión de estados de personalidad en la conciencia del individuo; estos síntomas pueden parecerse aparentemente a algunos de los síntomas schneiderianos de primer rango que antes se consideraban indicativos de esquizofrenia (p. ej., transmisión de pensamientos, inserción de pensamientos, retirada de pensamientos, escuchar voces que mantienen un comentario continuo sobre el individuo). Por ejemplo, escuchar diferentes estados de personalidad discutiendo sobre un individuo puede parecerse a alucinaciones auditivas de voces discutiendo en la esquizofrenia. El individuo con trastorno de identidad disociativo también puede experimentar pensamientos o emociones de un estado de personalidad intruso, que puede parecerse a la inserción de pensamientos en la esquizofrenia, así como experimentar la desaparición repentina de estos pensamientos o emociones, que puede parecerse a la retirada de pensamientos. Estas experiencias en un individuo con esquizofrenia suelen ir acompañadas de creencias delirantes sobre la causa de esos síntomas (es decir, pensamientos insertados por una fuerza externa), mientras que los individuos con trastorno de identidad disociativo suelen experimentar estos síntomas como ajenos al yo y atemorizantes. Las personas con trastorno de identidad disociativo también pueden informar una variedad de alucinaciones visuales, táctiles, olfativas, gustativas y somáticas, que generalmente están relacionadas con factores autohipnóticos, postraumáticos y disociativos, como flashbacks parciales, a diferencia de los individuos con esquizofrenia, cuyas alucinaciones son principalmente auditivos y menos comúnmente visuales. Por lo tanto, el trastorno de identidad disociativo y los trastornos psicóticos se distinguen por los síntomas característicos de una de estas afecciones y no de la otra (p. ej., amnesia disociativa en el trastorno de identidad disociativo y no en los trastornos psicóticos). Finalmente, los individuos con esquizofrenia tienen una capacidad hipnótica baja, mientras que los individuos con trastorno de identidad disociativo tienen la capacidad hipnótica más alta entre todos los grupos clínicos.

Trastornos inducidos por sustancias/medicamentos. Las personas con trastorno de identidad disociativo frecuentemente tienen antecedentes actuales o pasados de trastornos por uso de sustancias. Los síntomas asociados con los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desmayos) deben distinguirse de la amnesia disociativa en el trastorno de identidad disociativo si se considera que la sustancia en cuestión está etiológicamente relacionada con la pérdida de memoria.

Desorden de personalidad. Los individuos con trastorno de identidad disociativo a menudo presentan identidades que parecen encapsular una variedad de características graves del trastorno de la personalidad, lo que sugiere un diagnóstico diferencial del trastorno de la personalidad, especialmente del tipo límite. Sin embargo, es importante destacar que la variabilidad longitudinal del individuo en el estilo de personalidad (atribuible a la inconsistencia entre identidades) difiere de la disfunción generalizada y persistente en el manejo de los afectos y las relaciones interpersonales típicas de aquellos con trastornos de la personalidad.

Machine Translated by Google

Amnesia postraumática por lesión cerebral. Tanto el trastorno de identidad disociativo como la lesión cerebral traumática (TBI) se caracterizan por lagunas en la memoria. Otras características de la TBI incluyen pérdida del conocimiento, desorientación y confusión o, en casos más graves, signos y síntomas neurológicos. Un trastorno neurocognitivo debido a una lesión cerebral traumática se manifiesta inmediatamente después de que se produce una lesión cerebral o inmediatamente después de que el individuo recupera la conciencia después de la lesión y persiste más allá del período agudo posterior a la lesión. La presentación cognitiva de un trastorno neurocognitivo después de una lesión cerebral traumática es variable e incluye dificultades en los dominios de la atención compleja, la función ejecutiva y el aprendizaje y la memoria, así como una velocidad más lenta en el procesamiento de la información y alteraciones en la cognición social. Si bien la despersonalización no es infrecuente después de una lesión cerebral traumática, las características neurocognitivas adicionales mencionadas anteriormente ayudan a distinguirla de la amnesia disociativa que forma parte del trastorno de identidad disociativo. Además, la amnesia disociativa que se produce en el contexto del trastorno de identidad disociativo se acompaña de una marcada discontinuidad en el sentido del yo y del sentido de agencia, que no son características del TBI.

Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión). El trastorno de síntomas neurológicos funcionales puede distinguirse del trastorno de identidad disociativo por la ausencia de alteración de la identidad caracterizada por dos o más estados de personalidad distintos o un

experiencia de posesión. La amnesia disociativa en el trastorno de síntomas neurológicos funcionales es más limitada y circunscrita (p. ej., amnesia por una crisis no epiléptica).

Trastorno facticio y simulación. Los individuos que fingen un trastorno de identidad disociativo normalmente no manifiestan los síntomas sutiles de intrusión característicos del trastorno; en cambio, tienden a sobreinformar los síntomas del trastorno basados en los medios, como la amnesia disociativa dramática y los cambios de conducta melodramáticos, mientras que subestiman los síntomas comórbidos menos publicitados, como la depresión. Los individuos que fingen un trastorno de identidad disociativo tienden a permanecer relativamente tranquilos o incluso parecen disfrutar de “tener” el trastorno, o pueden pedir a los médicos que “encuentren” recuerdos traumáticos. Por el contrario, la mayoría de las personas con un trastorno de identidad disociativo genuino se sienten avergonzadas y abrumadas por sus síntomas, niegan el diagnóstico, no informan sus síntomas y muestran una minimización y evitación de su historia de trauma.

Los individuos que fingen los síntomas del trastorno de identidad disociativo generalmente crean identidades alternativas limitadas y estereotipadas, con amnesia fingida relacionada únicamente con los eventos para los cuales se busca ganancia, con cambios aparentes de comportamiento y amnesia que solo se muestran mientras son observados. Pueden presentar una identidad “completamente buena” y una identidad “completamente mala” con la esperanza de obtener la exculpación de un delito.

Los trastornos de comorbilidad que son comórbidos con el trastorno de identidad disociativo incluyen el trastorno de estrés postraumático, los trastornos depresivos, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos de la alimentación y la alimentación, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de personalidad antisocial y otros trastornos de personalidad específicos con rasgos de personalidad evitativos, obsesivo-compulsivos o límite. . Las formas más comunes de trastorno de síntomas neurológicos funcionales incluyen convulsiones no epilépticas, alteraciones de la marcha y parálisis.
Lo más habitual es que las crisis no epilépticas se parezcan a las crisis de gran mal o a las crisis parciales complejas con focos en el lóbulo temporal; otros pueden simular ausencia o convulsiones parciales.

Machine Translated by Google

Amnesia disociativa

Criterios de diagnóstico	F44.0

A. Incapacidad para recordar información autobiográfica importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es incompatible con el olvido ordinario.

Nota: La amnesia disociativa consiste con mayor frecuencia en amnesia localizada o selectiva para uno o varios eventos específicos; o amnesia generalizada para la identidad y la historia de vida.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., alcohol u otra droga de abuso, un medicamento) o a una afección neurológica u otra afección médica (p. ej., convulsiones parciales complejas, amnesia global transitoria, secuelas de una cabeza cerrada). lesión/lesión cerebral traumática, otra condición neurológica).

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

Nota de codificación: el código para la amnesia disociativa sin fuga disociativa es F44.0.
El código de amnesia disociativa con fuga disociativa es F44.1.

Especificar

si: F44.1 Con fuga disociativa: Viaje aparentemente intencionado o deambular desconcertado que se asocia con amnesia de identidad o de otra información autobiográfica importante.

Especificadores

El especificador “con fuga disociativa” se aplica cuando la amnesia disociativa ocurre en el contexto de una fuga disociativa, que se caracteriza por viajes aparentemente intencionados o deambulaciones desconcertadas que se asocian con amnesia de identidad u otra información autobiográfica importante.

Características diagnósticas

La característica definitoria de la amnesia disociativa es la incapacidad de recordar información autobiográfica importante que 1) debería almacenarse con éxito en la memoria y 2) normalmente se recordaría libremente (Criterio A). La amnesia disociativa se conceptualiza como un déficit de recuperación de la memoria potencialmente reversible. En este sentido, entre otras cosas, se diferencia de las amnesias atribuibles a daños o toxicidades neurobiológicas que alteran el almacenamiento o la recuperación de la memoria.

Pueden manifestarse diversos tipos de amnesia disociativa. En general, el déficit de memoria en

Machine Translated by Google

La amnesia disociativa es retrógrada y, excepto en casos raros, no se asocia con amnesia continua para acontecimientos de la vida contemporánea. Los deterioros de la memoria retrospectiva incluyen no sólo recuerdos perdidos de experiencias traumáticas sino también recuerdos perdidos de la vida cotidiana durante la cual no ocurrió ningún trauma. Lo más habitual es que las personas con amnesia disociativa informen amnesia localizada: incapacidad para recordar acontecimientos durante un período de tiempo limitado; y/o amnesia selectiva: el individuo puede recordar algunos, pero no todos, los acontecimientos durante un período de tiempo limitado. En la amnesia sistematizada, el individuo no recuerda una categoría específica de información importante (p. ej., recuerdo fragmentario del hogar cuando era niño, pero recuerdo continuo de la escuela; ningún recuerdo de un hermano mayor violento; falta de recuerdo de una habitación específica en el hogar de la infancia del individuo).). Los individuos rara vez se quejan abiertamente de síntomas de estas formas de amnesia disociativa e intentan minimizar y racionalizar la pérdida de memoria.

La amnesia disociativa generalizada implica una pérdida completa de la memoria durante la mayor parte o la totalidad de la historia de vida del individuo. Los individuos con amnesia generalizada pueden olvidar su identidad personal (p. ej., una mujer pierde la memoria de toda su historia de vida después de ceder a la presión repetida de un amigo cercano para entablar una relación sexual), perder conocimientos previos sobre el mundo (p. ej., acontecimientos políticos recientes , cómo utilizar la tecnología actual) y, con menos frecuencia, carecen de acceso a habilidades bien aprendidas (por ejemplo, qué son las lentes de contacto y cómo ponérselas). La amnesia disociativa generalizada tiene un inicio agudo; La perplejidad, la desorientación y el deambular sin propósito de las personas con amnesia generalizada suelen llamar la atención de la policía o de los servicios de emergencia psiquiátrica. La fuga disociativa se asocia comúnmente con amnesia disociativa generalizada y puede indicarse utilizando el especificador "con fuga disociativa". La amnesia disociativa generalizada puede ser más común entre los veteranos de guerra, las víctimas de agresión sexual y las personas que experimentan estrés o conflicto emocional extremo. En la amnesia continua (es decir, amnesia disociativa anterógrada), un individuo olvida cada nuevo evento a medida que ocurre.

Las personas con amnesia disociativa frecuentemente no son conscientes (o sólo parcialmente) de sus problemas de memoria. Es posible que recuerden algunos acontecimientos traumáticos, o partes de ellos, pero no otros del mismo tipo. Muchos, especialmente aquellos con amnesia localizada, minimizan la importancia de su pérdida de memoria y pueden sentirse incómodos cuando se les pide abordarla.

Funciones asociadas

Muchas personas con amnesia disociativa tienen un deterioro crónico de su capacidad para formar y mantener relaciones satisfactorias. Son comunes las historias de trauma, especialmente abuso infantil, y victimización. Algunas personas con amnesia disociativa informan flashbacks disociativos (es decir, reexperimentación conductual de eventos traumáticos). Muchos tienen una historia de

autolesiones no suicidas, intentos de suicidio y otras conductas de alto riesgo. Los síntomas neurológicos depresivos y funcionales son comunes, al igual que la despersonalización, los síntomas autohipnóticos y la alta hipnotizabilidad. Las disfunciones sexuales son comunes. Una lesión cerebral traumática (TBI) leve puede preceder a la amnesia disociativa.

Predominio

La prevalencia de 12 meses de amnesia disociativa entre adultos en una pequeña comunidad de EE. UU.

Machine Translated by Google

estudio fue del 1,8%.

Desarrollo y evolución Se ha observado amnesia disociativa en niños pequeños, adolescentes, adultos y poblaciones geriátricas. La amnesia en niños menores de 12 años puede ser la más difícil de evaluar porque a menudo tienen dificultades para comprender las preguntas sobre la amnesia, y a los entrevistadores les puede resultar difícil formular preguntas adaptadas a los niños sobre la memoria y la amnesia, especialmente en los niños más pequeños. Las observaciones de aparente amnesia disociativa suelen ser difíciles de diferenciar de la falta de atención, la absorción, la ensoñación, la ansiedad, la conducta de oposición y los trastornos del aprendizaje.

Es posible que se necesiten informes de varias fuentes diferentes (p. ej., maestro, terapeuta, asistente social) para diagnosticar la amnesia en los niños. Algunos adolescentes traumatizados con amnesia disociativa tienen menos probabilidades de recibir atención clínica debido a niveles más bajos de síntomas intrusivos del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y menos comportamiento de externalización. El comportamiento de fuga disociativa en niños y adolescentes puede estar limitado por el espacio vital del niño (p. ej., un niño en una fuga que “vuelve en sí” después de ir en bicicleta a un vecindario desconocido, un adolescente que se encuentra tomando el transporte público a un pueblo cercano).

El inicio de la amnesia generalizada suele ser repentino. Los individuos pueden experimentar múltiples episodios de este tipo de amnesia disociativa. Un solo episodio puede predisponer a episodios futuros. Entre episodios de amnesia, el individuo puede parecer o no tener síntomas agudos. Algunos episodios de amnesia generalizada aguda se resuelven rápidamente (p. ej., cuando el individuo es retirado del combate o de alguna otra situación estresante y/o recibe atención clínica). Un subgrupo sustancial de individuos desarrolla déficits de memoria autobiográfica crónica, altamente perjudiciales y debilitantes, de modo que incluso "reaprender" su historia de vida no mejora la pérdida de memoria.

La eliminación de las circunstancias traumáticas que generan una amnesia disociativa generalizada y aguda (p. ej., el combate) puede provocar un rápido retorno de la memoria. La pérdida de memoria de individuos con fuga disociativa puede ser particularmente refractaria. Los traumas, las tensiones o las pérdidas de la vida posterior pueden preceder a la ruptura de déficits de memoria autobiográfica de larga data relacionados con un trauma infantil o adulto, con la aparición de trastorno de estrés postraumático agudo, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias y peligrosidad para uno mismo o para los demás, entre otros síntomas.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La traumatización grave, aguda o crónica es el principal factor de riesgo de amnesia disociativa. Los traumas y las adversidades acumulativos de la vida temprana, especialmente el abuso físico y sexual, son los principales factores de riesgo de amnesia disociativa en la infancia y la adolescencia. Los abusos sexuales más graves, los episodios múltiples de abuso sexual infantil y el abuso sexual por parte de un familiar, especialmente en caso de traición por parte de una figura de apego cercano, pueden aumentar el alcance de los trastornos de la memoria autobiográfica infantil. Los individuos con amnesia disociativa pueden negar recordar traumas infantiles específicos (p. ej., agresión sexual), incluso aquellos documentados en informes médicos o de servicios sociales, aunque el individuo puede recordar otros eventos traumáticos similares, tanto antes como después del evento amnésico. Trauma adulto acumulativo grave (p. ej., combates repetidos, trata, prisionero de guerra o campo de concentración).

Machine Translated by Google

experiencias) también pueden resultar en una amnesia disociativa extensa localizada, selectiva y/o sistematizada. La amnesia disociativa generalizada puede ser más común entre personas que han experimentado recientemente traumas agudos extremos (p. ej., combate militar brutal, violación, tortura, a menudo en el contexto de la incapacidad de escapar) y/o una historia previa de dislocación social importante, búsqueda de asilo o estatus de refugiado. Otros desarrollan amnesia generalizada en el contexto de un profundo conflicto psicológico del que el individuo también se siente incapaz de escapar. Prácticamente todos los individuos que desarrollan amnesia disociativa generalizada en el contexto de un conflicto psicológico informan historias pasadas de traumatización grave en sus primeros años de vida y/o en la edad adulta. Las experiencias traumáticas extremadamente agudas también pueden generar conflictos psicológicos importantes (p. ej., una mujer desarrolla amnesia generalizada después de experimentar una violación brutal que resulta en un embarazo no deseado y se vuelve suicida; en la evaluación, ella revela que su religión considera el aborto como un asesinato y el suicidio como un pecado mayor).).

Genético y fisiológico. Los estudios genéticos cuantitativos sugieren que la genética representa aproximadamente el 50% de la variación interindividual en los síntomas disociativos, y que las experiencias ambientales estresantes y no compartidas explican la mayor parte de la variación adicional. Los estudios de genes candidatos sugieren una interacción entre el gen y el entorno con experiencias traumáticas infantiles más tempranas y crónicas que conducen a aumentos significativos de los síntomas disociativos en etapas posteriores de la vida.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura En contextos culturales donde la posesión es parte de una práctica religiosa o espiritual normativa, la amnesia disociativa y la fuga pueden interpretarse como resultado de una posesión patológica. En contextos o situaciones en las que los individuos se sienten muy limitados por circunstancias sociales o tradiciones culturales, los precipitantes de la amnesia disociativa a menudo no implican un trauma franco.
En cambio, la amnesia puede estar precedida por tensiones o conflictos psicológicos graves (p. ej., conflictos matrimoniales, otros disturbios familiares, problemas de apego o conflictos atribuibles a restricciones u opresión).

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Las conductas suicidas y otras conductas autodestructivas son comunes en personas con amnesia disociativa. Las fuerzas psicológicas que producen la amnesia generalizada pueden ser extremas, y los pensamientos, impulsos, planes y comportamientos suicidas son un riesgo cuando la amnesia disminuye. Los informes de casos sugieren que el comportamiento suicida puede ser un riesgo particular cuando la amnesia remite repentinamente y abruma al individuo con recuerdos intolerables.

Consecuencias funcionales de la amnesia disociativa Las deficiencias en individuos con amnesia disociativa resultantes de una traumatización infantil o adolescente varían de limitadas a graves. Algunos de estos individuos pueden tener un deterioro crónico en su capacidad para formar y mantener apegos satisfactorios. Algunos pueden llegar a tener mucho éxito en el funcionamiento ocupacional, pero a menudo lo logran mediante un exceso de trabajo compulsivo. Los individuos con amnesia disociativa generalizada aguda suelen tener deterioro en todos los aspectos del funcionamiento. Un subgrupo sustancial de individuos con amnesia generalizada desarrolla un déficit de memoria autobiográfica crónica y altamente perjudicial que ni siquiera el reaprendizaje de su historia de vida mejora. Estos individuos experimentan un curso crónico altamente debilitado con un funcionamiento general deficiente en la mayoría de los casos.

Machine Translated by Google

dominios de la vida.

Diagnóstico Diferencial

Trastorno de identidad disociativo.

Los episodios recurrentes de amnesia disociativa pueden atribuirse al trastorno de identidad disociativo. Los individuos con amnesia disociativa pueden reportar despersonalización y síntomas autohipnóticos, al igual que los individuos con amnesia disociativa.

trastorno de identidad. Las personas con trastorno de identidad disociativo informan discontinuidades generalizadas en el sentido de sí mismos y de agencia, acompañadas de muchos otros síntomas disociativos. Las amnesias en el trastorno de identidad disociativo, además de los déficits de memoria autobiográfica retrospectiva, incluyen amnesia continua ("pérdida de tiempo") para eventos cotidianos e interacciones interpersonales; encontrar posesiones inexplicables; fluctuaciones importantes y desconcertantes en habilidades y conocimientos; y frecuentes y breves lapsos amnésicos durante las interacciones interpersonales.

Trastorno de estrés postraumático.

Algunas personas con PTSD no pueden recordar parte o la totalidad de un evento traumático específico (por ejemplo, una víctima de violación que no puede recordar la mayoría de los eventos durante todo el día de la violación). Cuando esa amnesia se extiende a acontecimientos más allá del momento inmediato del trauma, puede estar justificado un diagnóstico comórbido de amnesia disociativa. Las personas con el subtipo disociativo de PTSD también pueden informar amnesia disociativa además de despersonalización/desrealización.

Trastornos neurocognitivos.

En los trastornos neurocognitivos mayores, suele haber evidencia de daño en el tejido neural acompañado de una disminución de la función cognitiva con déficits en la atención, la función ejecutiva, el aprendizaje y la memoria, el lenguaje y la cognición perceptivo-motora y social que afectan la capacidad para realizar actividades cotidianas independientes. La pérdida de memoria para información personal suele estar asociada a alteraciones cognitivas, lingüísticas, afectivas, atencionales y conductuales.

Generalmente, la conciencia de la identidad personal se conserva hasta el final del curso del trastorno neurocognitivo. En los trastornos neurocognitivos, la amnesia retrógrada casi siempre va acompañada de amnesia anterógrada. La amnesia disociativa anterógrada puede confundirse con el delirio. Sin embargo, los exámenes médicos, de laboratorio, toxicológicos y neurológicos, incluidos los estudios de imagen, son normales. Evaluaciones cuidadosas y repetidas a lo largo del tiempo mostrarán que, como en otras formas de amnesia disociativa, no existen verdaderos déficits neurocognitivos.

Trastornos relacionados con sustancias.

En el contexto de intoxicación repetida con alcohol u otras sustancias/medicamentos, puede haber episodios de "apagones" o períodos durante los cuales el individuo no tiene memoria, o memoria parcial ("apagones"). Para ayudar a distinguir estos episodios de la amnesia disociativa, una historia longitudinal debe mostrar que los episodios amnésicos ocurren sólo en el contexto de una intoxicación. Sin embargo, la distinción puede ser difícil cuando el individuo con amnesia disociativa también abusa del alcohol u otras sustancias, particularmente en el contexto de situaciones estresantes que también pueden exacerbar los síntomas disociativos. Este puede ser un diagnóstico diferencial más complejo cuando el consumo de sustancias comienza en la infancia o la adolescencia, generalmente en el contexto de abuso intrafamiliar, negligencia y trastornos relacionados con sustancias. La observación secuencial de estos individuos después de la desintoxicación, junto con una historia clínica cuidadosamente realizada, generalmente puede distinguir la pérdida de memoria atribuible al uso prolongado de sustancias de la amnesia disociativa. Algunos individuos con amnesia disociativa comórbida y trastornos por uso de sustancias intentarán minimizar su amnesia disociativa y atribuirán problemas de memoria únicamente a la

Machine Translated by Google

uso de sustancias. El consumo prolongado de alcohol u otras sustancias puede provocar un trastorno neurocognitivo inducido por sustancias que puede estar asociado con una función cognitiva deteriorada. Sin embargo, en este contexto, la historia prolongada de uso de sustancias y los déficits persistentes asociados con el trastorno neurocognitivo servirían para distinguirlo de la amnesia disociativa, donde típicamente no hay evidencia de deterioro persistente en el funcionamiento intelectual.

Amnesia postraumática por lesión cerebral. La amnesia puede ocurrir en el contexto de una lesión cerebral traumática cuando ha habido un impacto en la cabeza u otros mecanismos de movimiento rápido o desplazamiento del cerebro dentro del cráneo. Otras características de la TBI incluyen pérdida del conocimiento, desorientación y confusión o, en casos más graves, signos y síntomas neurológicos (p. ej., anomalías en las neuroimágenes, nueva aparición de convulsiones o un marcado empeoramiento de un trastorno convulsivo preexistente, cortes del campo visual, anosmia). Un trastorno neurocognitivo atribuible a una lesión cerebral traumática debe presentarse inmediatamente después de que se produce una lesión cerebral o inmediatamente después de que el individuo recupera la conciencia después de la lesión y persistir más allá del

período agudo posterior a la lesión. La presentación cognitiva de un trastorno neurocognitivo después de una lesión cerebral traumática es variable e incluye dificultades en los dominios de atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, así como una velocidad lenta en el procesamiento de la información y alteraciones en la cognición social. Los patrones de déficit de memoria son típicos de los trastornos neurocognitivos. El TBI leve puede preceder a las presentaciones de amnesia disociativa aguda, pero los déficits de memoria disociativa son desproporcionados con respecto al traumatismo craneoencefálico por TBI y típicamente siguen los patrones disociativos, no los neurocognitivos.

Trastornos convulsivos. Los individuos con trastornos convulsivos pueden exhibir un comportamiento complejo durante las convulsiones o después de un ataque con amnesia posterior. Algunas personas con un trastorno convulsivo deambulan sin propósito y se limitan al período de actividad convulsiva. Por el contrario, el comportamiento durante una fuga disociativa suele tener un propósito, ser complejo y estar dirigido a un objetivo y puede durar días, semanas o más. Ocasionalmente, las personas con un trastorno convulsivo informarán que algunos recuerdos autobiográficos han sido "borrados" a medida que avanza el trastorno convulsivo. Esta pérdida de memoria no está asociada con traumas psicológicos o adversidades y parece ocurrir de forma aleatoria. En los trastornos convulsivos, los electroencefalogramas seriados suelen mostrar anomalías.

La monitorización electroencefalográfica telemétrica generalmente muestra una asociación entre los episodios de amnesia y la actividad convulsiva. Pueden coexistir amnesias disociativas y epilépticas.

Déficits de memoria asociados con la terapia electroconvulsiva. Los déficits de memoria después de la terapia electroconvulsiva (TEC) ocurren con mayor frecuencia durante el día de la administración de la TEC. La amnesia retrógrada e incluso anterógrada más extensa después de la TEC generalmente no está relacionada con épocas de la vida estresantes o traumáticas y generalmente remite una vez finalizada la serie de TEC. La TEC en personas gravemente deprimidas con trastornos disociativos no empeora la disociación y el acceso a la memoria puede mejorar a medida que remite la depresión.

Estupor catatónico. El mutismo en el estupor catatónico puede sugerir amnesia disociativa, pero la pérdida de memoria suele estar ausente. Suelen estar presentes otros síntomas catatónicos (p. ej., rigidez, posturas, negativismo). Los síntomas catatónicos en los niños pueden estar asociados con trauma, abuso y/o privación. A diferencia de la amnesia disociativa, el patrón de pérdida de memoria en la catatonia es sólo para el episodio catatónico.

Machine Translated by Google

Reacciones disociativas agudas a eventos estresantes (otro trastorno disociativo especificado). El agudo

Reacciones disociativas a eventos estresantes Un ejemplo de otro trastorno disociativo específico se caracteriza por una combinación de síntomas disociativos que ocurren juntos de manera aguda en respuesta a eventos estresantes y generalmente duran menos de 1 mes. Los episodios amnésicos que ocurren como parte de estas reacciones van acompañados de otros síntomas disociativos prominentes, tienen una duración corta (horas o días) y tienden a circunscribirse a períodos o eventos limitados en la vida de una persona (microamnesias).

Trastorno facticio y simulación. No existe ninguna prueba, batería de pruebas o conjunto de procedimientos que distinga invariablemente la amnesia disociativa de la amnesia fingida. La amnesia fingida es más común en individuos con 1) amnesia disociativa florida y aguda; 2) problemas financieros, sexuales o legales; 3) deseo de escapar de circunstancias estresantes; 4) deseo de parecer un paciente más interesante; y/o 5) un plan para iniciar un litigio por "recuerdos recuperados". Sin embargo, la amnesia disociativa puede asociarse con esas mismas circunstancias y puede coexistir con una simulación deliberada. Muchas personas que fingen amnesia confiesan espontáneamente o cuando se les confronta.

Cambios en la memoria con el envejecimiento o un trastorno neurocognitivo leve. Las disminuciones de la memoria en el trastorno neurocognitivo leve difieren de las de la amnesia disociativa; En el trastorno neurocognitivo leve, los cambios en la memoria se manifiestan como dificultad para aprender y retener nueva información. Esto suele medirse en pruebas de aprendizaje verbal de listas de palabras o de una historia breve con evaluación del recuerdo inmediato y diferido. Con el envejecimiento cognitivo normal, los individuos también pueden tener debilidades similares en el recuerdo inmediato y diferido de nueva información.

aunque el envejecimiento normal también puede afectar la velocidad de procesamiento de la información y otras tareas complejas de funciones ejecutivas además de la memoria.

Comorbilidad Como

es común en personas con antecedentes de trauma, muchas comorbilidades coexisten con la amnesia disociativa, particularmente cuando la amnesia disociativa comienza a remitir. Puede surgir una amplia variedad de fenómenos afectivos, incluyendo disforia, pena, rabia, vergüenza, culpa y conflictos y agitación psicológica. Los individuos pueden involucrarse en autolesiones no suicidas y otras conductas de alto riesgo. Estos individuos pueden tener síntomas que cumplan con los criterios de diagnóstico de trastorno depresivo persistente, trastorno depresivo mayor o depresión subumbral (otro trastorno depresivo especificado). Muchas personas con amnesia disociativa desarrollan PTSD en algún momento de su vida, especialmente cuando los antecedentes traumáticos de su amnesia se hacen conscientes. Muchos de estos individuos pueden mostrar síntomas del subtipo disociativo de PTSD. Muchos individuos con amnesia disociativa tienen síntomas que cumplen con los criterios de diagnóstico de un síntoma somático comórbido y un trastorno relacionado (y viceversa), en particular un trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión). Los trastornos adictivos y relacionados con sustancias pueden ser comórbidos con la amnesia disociativa, así como con los trastornos alimentarios y las disfunciones sexuales. El trastorno de personalidad comórbido más común es otro trastorno de personalidad específico (con características de trastorno de personalidad mixta), que a menudo incluye características evitativas, obsesivo-compulsivas, dependientes y límite.

Machine Translated by Google

Trastorno de despersonalización/desrealización

Criterios de diagnóstico	F48.1

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

1. Despersonalización: Experiencias de irrealidad, desapego o ser un observador externo con respecto a los propios pensamientos, sentimientos, sensaciones, cuerpo o acciones (p. ej., alteraciones perceptuales, sentido distorsionado del tiempo, yo irreal o ausente, emocional y/o físico). entumecimiento).
2. Desrealización: Experiencias de irrealidad o desapego con respecto al entorno (p. ej., los individuos u objetos se experimentan como irreales, oníricos, brumosos, sin vida o visualmente distorsionados).

B. Durante las experiencias de despersonalización o desrealización, la prueba de la realidad permanece intacto.

C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, medicamento) u otra afección médica (p. ej., convulsiones).

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

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno de despersonalización/desrealización son episodios persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas. Los episodios de despersonalización se caracterizan por un sentimiento de irrealidad o desapego o desconocimiento del yo total del individuo o de aspectos del yo (Criterio A1). El individuo puede sentirse desapegado de todo su ser (por ejemplo, "no soy nadie", "no tengo un yo"). Él o ella puede

También me siento subjetivamente separado de aspectos de uno mismo, incluidos los sentimientos (p. ej., hipoemocionalidad: “Sé que tengo sentimientos, pero no los siento”), pensamientos (p. ej., “Siento que mis pensamientos no son míos”, “cabeza llena de algodón”), todo el cuerpo o partes del cuerpo, o sensaciones (p. ej., tacto, propiocepción, hambre, sed, libido). También puede haber una disminución del sentido de agencia (p. ej., sentirse robótico, como un autómata; falta de control del habla o los movimientos). La experiencia de despersonalización a veces puede ser la de un yo dividido, con una parte observando y otra participando, lo que se conoce como “experiencia extracorporal” en su forma más extrema. El síntoma unitario de la “despersonalización” consta de varios factores sintomáticos: experiencias corporales anómalas (es decir, irrealidad del yo y alteraciones perceptuales); entumecimiento emocional o físico;

Machine Translated by Google

y distorsiones temporales con recuerdo subjetivo anómalo.

Los episodios de desrealización se caracterizan por un sentimiento de irrealidad, desapego o desconocimiento del mundo, ya sean individuos, objetos inanimados o todo lo que lo rodea (Criterio A2). El individuo puede sentir como si estuviera en una niebla, un sueño o una burbuja, o como si hubiera un velo o una pared de cristal entre el individuo y el mundo que lo rodea. El entorno puede percibirse como artificial, incoloro o sin vida. La desrealización suele ir acompañada de distorsiones visuales subjetivas, como borrosidad, mayor agudeza, campo visual ampliado o reducido, bidimensionalidad o planitud, tridimensionalidad exagerada o alteración de la distancia o el tamaño de los objetos (es decir, macropsia o micropsia). También pueden producirse distorsiones auditivas, por las que las voces o los sonidos se atenúan o se intensifican. Además, el Criterio C requiere que los síntomas causen malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, y los Criterios D y E describen diagnósticos excluyentes.

Funciones asociadas

Las personas con trastorno de despersonalización/desrealización pueden tener dificultades para describir sus síntomas y pueden pensar que están "locos" o "volviéndose locos". Otra experiencia común es el miedo a sufrir un daño cerebral irreversible. Un síntoma comúnmente asociado es una sensación subjetivamente alterada del tiempo (es decir, demasiado rápido o demasiado lento), así como una dificultad subjetiva para recordar vívidamente recuerdos pasados y apropiarse de ellos como personales y emocionales. Los síntomas somáticos vagos, como sensación de plenitud, hormigueo o aturdimiento, no son infrecuentes. Los individuos pueden experimentar una rumiación extrema o una preocupación obsesiva (p. ej., obsesionarse constantemente sobre si realmente existen o comprobar sus percepciones para determinar si parecen reales). Diversos grados de ansiedad y depresión también son características asociadas comunes. Se ha descubierto que las personas con este trastorno tienen hiporreactividad fisiológica a los estímulos emocionales. Los sustratos neuronales de interés incluyen el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal, el lóbulo parietal inferior y los circuitos límbicos-corticales prefrontales.

Predominio

Los síntomas transitorios de despersonalización/desrealización que duran de horas a días son comunes en la población general. Se cree que la prevalencia a 12 meses del trastorno de despersonalización/desrealización es notablemente menor que la de los síntomas transitorios, aunque no se dispone de estimaciones precisas para el trastorno. En general, aproximadamente la mitad de todos los adultos ha experimentado al menos un episodio de despersonalización/desrealización en su vida. Sin embargo, la sintomatología que cumple todos los criterios del trastorno de despersonalización/desrealización es notablemente menos común que los síntomas transitorios. La prevalencia mensual en el Reino Unido es aproximadamente c

Desarrollo y evolución La edad media

de aparición del trastorno de despersonalización/desrealización es 16 años, aunque el trastorno puede comenzar en la infancia temprana o media; una minoría no recuerda haber tenido nunca los síntomas. Menos del 20% de las personas experimentan su inicio después de los 20 años y sólo el 5% después de los 25 años. El inicio en la cuarta década de la vida o más tarde es muy inusual.

Machine Translated by Google

El inicio puede variar desde extremadamente repentino hasta gradual. La duración de los episodios del trastorno de despersonalización/desrealización puede variar mucho, desde breves (horas o días) hasta prolongados (semanas, meses o años). Dada la rareza del inicio del trastorno después de los 40 años, en tales casos el individuo debe ser examinado más de cerca para detectar afecciones médicas subyacentes (p. ej., lesiones cerebrales, trastornos convulsivos, apnea del sueño). El curso del trastorno suele ser persistente. Alrededor de un tercio de los casos involucran episodios discretos; otro tercio, síntomas continuos desde el principio; y otro tercio más, un curso inicialmente episódico que eventualmente se vuelve continuo.

Mientras que en algunos individuos la intensidad de los síntomas puede aumentar y disminuir considerablemente, otros informan un nivel constante de intensidad que en casos extremos puede estar presente constantemente durante años o décadas. Los factores internos y externos que afectan la intensidad de los síntomas varían entre individuos, aunque se reportan algunos patrones típicos. Las exacerbaciones pueden ser provocadas por el estrés, el empeoramiento del estado de ánimo o los síntomas de ansiedad, entornos nuevos o sobreestimulantes y factores físicos como la iluminación o la falta de sueño.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Temperamental.

Los individuos con trastorno de despersonalización/desrealización se caracterizan por un temperamento que evita el daño, defensas inmaduras y esquemas tanto de desconexión como de sobreconexión. Las defensas inmaduras como la idealización/devaluación, la proyección y la actuación dan como resultado la negación de la realidad y una mala adaptación. Los esquemas de desconexión cognitiva reflejan deficiencias e inhibición emocional y subsumen temas de abuso, negligencia y privación. Los esquemas de sobreconexión implican una autonomía deteriorada con temas de dependencia, vulnerabilidad e incompetencia.

Ambiental.

Existe una asociación clara entre el trastorno y los traumas interpersonales infantiles en una parte sustancial de los individuos, aunque esta asociación no es tan frecuente ni tan extrema en la naturaleza de los traumas como en otros trastornos disociativos, como el trastorno de identidad disociativo. En particular, el abuso emocional y la negligencia emocional se han asociado de manera más fuerte y consistente con el trastorno. Otros factores estresantes pueden incluir abuso físico; presenciar violencia doméstica; crecer con un padre con una discapacidad mental grave; o muerte inesperada o suicidio de un familiar o amigo cercano. El abuso sexual es un antecedente mucho menos común, pero se puede encontrar. Los precipitantes proximales más comunes del trastorno son estrés severo (interpersonal, financiero, ocupacional), depresión, ansiedad (particularmente ataques de pánico) y uso de drogas ilícitas. Los síntomas pueden ser inducidos específicamente por sustancias como el tetrahidrocannabinol, alucinógenos, ketamina, MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina; “éxtasis”) y salvia. El consumo de marihuana puede precipitar ataques de pánico de nueva aparición y síntomas de despersonalización/desrealización simultáneamente.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Las experiencias de despersonalización/desrealización inducidas voluntariamente pueden ser parte de prácticas meditativas que prevalecen en muchos contextos religiosos, espirituales y culturales y no deben diagnosticarse como un trastorno. Sin embargo, hay personas que inicialmente inducen estos estados intencionalmente pero con el tiempo pierden control sobre ellos y pueden desarrollar miedo y aversión por prácticas relacionadas. Los marcos culturales pueden afectar el nivel de angustia o la gravedad percibida asociada con experiencias de despersonalización/desrealización incontroladas al proporcionar explicaciones para ellas (p. ej., causas espirituales/sobrenaturales), lo que puede aliviar los miedos de los individuos.

Machine Translated by Google

que están “perdiendo la cabeza”.

Consecuencias funcionales del trastorno de despersonalización/desrealización Los síntomas del trastorno de despersonalización/desrealización son muy angustiosos y se asocian con una morbilidad importante. El comportamiento afectivamente aplanado y robótico que estos

Los sentimientos que los individuos demuestran a menudo pueden parecer incongruentes con el dolor emocional extremo reportado por quienes padecen el trastorno. El deterioro se experimenta a menudo tanto en la esfera interpersonal como en la ocupacional, en gran medida como resultado de la hipoemocionalidad con los demás, la dificultad subjetiva para concentrarse y retener información y una sensación general de desconexión de la vida.

Diagnóstico diferencial Enfermedad, trastorno de ansiedad. Aunque los individuos con trastorno de despersonalización/desrealización pueden presentar quejas somáticas vagas, así como temores de daño cerebral permanente, el diagnóstico de trastorno de despersonalización/desrealización se caracteriza por la presencia de una constelación de síntomas típicos de despersonalización/desrealización y la ausencia de otras manifestaciones de Trastorno de ansiedad por enfermedad.

Trastorno depresivo mayor. Los sentimientos de entumecimiento, muerte, apatía y estar en un sueño no son infrecuentes en los episodios depresivos mayores. Sin embargo, en el trastorno de despersonalización/desrealización, dichos síntomas se asocian con otros síntomas del trastorno. Si la despersonalización/desrealización precede claramente al inicio de un episodio depresivo mayor o claramente continúa después de su resolución, se aplica el diagnóstico de trastorno de despersonalización/desrealización.

Trastorno obsesivo compulsivo. Algunas personas con trastorno de despersonalización/desrealización pueden preocuparse obsesivamente por su experiencia subjetiva o desarrollar rituales que controlen el estado de sus síntomas. Sin embargo, no se presentan otros síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo no relacionados con la despersonalización/desrealización.

Otros trastornos disociativos. Para diagnosticar el trastorno de despersonalización/desrealización, los síntomas no deben ocurrir en el contexto de otro trastorno disociativo, como el trastorno de identidad disociativo. La diferenciación entre la amnesia disociativa y el trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión) es más sencilla, ya que los síntomas de estos trastornos no se superponen con los del trastorno de despersonalización/desrealización.

Ataques de pánico. La despersonalización/desrealización es uno de los síntomas de los ataques de pánico, cada vez más común a medida que el ataque aumenta. El trastorno de despersonalización/desrealización no debe diagnosticarse síntomas ocurren sólo durante ataques de pánico que son parte de un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad social o una fobia específica. Además, no es raro que los síntomas de despersonalización/desrealización comiencen por primera vez en el contexto de ataques de pánico de nueva aparición o a medida que el trastorno de pánico progresa y empeora. En tales presentaciones, el diagnóstico de trastorno de despersonalización/desrealización se puede hacer si 1) el componente de despersonalización/desrealización de la presentación es muy prominente desde el principio, excediendo claramente en duración e intensidad la aparición de ataques de pánico reales; o 2) el

Machine Translated by Google

la despersonalización/desrealización continúa después de que el trastorno de pánico ha remitido o ha sido tratado con éxito.

Desórdenes psicóticos. La presencia de pruebas de realidad intacta específicamente en relación con la despersonalización/desrealización, diferenciando los síntomas básicos del trastorno de despersonalización/desrealización de los trastornos psicóticos. En raras ocasiones, la esquizofrenia con síntomas positivos puede plantear un desafío diagnóstico cuando hay delirios nihilistas. Por ejemplo, un individuo puede quejarse de que está muerto o que el mundo no es real; Esto podría ser una experiencia subjetiva que el individuo sabe que no es cierta o una convicción delirante.

Trastornos inducidos por sustancias/medicamentos. La despersonalización/desrealización asociada con los efectos fisiológicos de sustancias durante la intoxicación aguda o la abstinencia no se diagnostica como trastorno de despersonalización/desrealización. Las sustancias precipitantes más comunes son las drogas ilícitas marihuana, alucinógenos, ketamina, éxtasis y salvia. En

Alrededor del 15% de todos los casos de trastorno de despersonalización/desrealización, los síntomas son precipitados por la ingestión de dichas sustancias. Si los síntomas persisten durante algún tiempo en ausencia de cualquier uso posterior de sustancias o medicamentos, se aplica el diagnóstico de trastorno de despersonalización/desrealización. Este diagnóstico suele ser fácil de establecer ya que la gran mayoría de los individuos con esta presentación se vuelven altamente fóbicos y aversivos a la sustancia desencadenante y no la vuelven a consumir.

Lesión cerebral traumática. Los síntomas de despersonalización/desrealización son típicos de la lesión cerebral traumática (TBI), pero se distinguen del trastorno de despersonalización/desrealización por la aparición de síntomas después de una TBI y la falta de otros síntomas del trastorno de despersonalización/desrealización.

Síntomas disociativos debido a otra condición médica. Características como el inicio después de los 40 años o la presencia de síntomas y evolución atípicos en cualquier individuo sugieren la posibilidad de una afección médica subyacente. En los casos con síntomas disociativos, es esencial realizar una evaluación médica y neurológica exhaustiva, que puede incluir estudios de laboratorio estándar, títulos virales, un electroencefalograma, pruebas vestibulares, pruebas visuales, estudios del sueño y/o imágenes cerebrales. Cuando resulta difícil confirmar la sospecha de un trastorno convulsivo subyacente, puede estar indicado un electroencefalograma ambulatorio; aunque la epilepsia del lóbulo temporal es la más comúnmente implicada, también puede estar asociada la epilepsia del lóbulo parietal y frontal.

Comorbilidad

En una muestra de conveniencia de adultos reclutados para una serie de estudios de investigación sobre despersonalización, las comorbilidades a lo largo de la vida fueron altas para el trastorno depresivo unipolar y para cualquier trastorno de ansiedad, y una proporción significativa de la muestra padecía ambos trastornos. La comorbilidad con el trastorno de estrés postraumático fue baja. Los tres trastornos de personalidad más comunes fueron el evitativo, el límite y el obsesivo-compulsivo.

Otro trastorno disociativo especificado

Machine Translated by Google

F44.89

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos disociativos. .
La categoría de otro trastorno disociativo especificado se utiliza en situaciones en las que el médico elige comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple con los criterios de ningún trastorno disociativo específico. Esto se hace registrando "otro trastorno disociativo especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "trance disociativo").

Ejemplos de presentaciones que pueden especificarse utilizando la designación “otro especificado” incluyen los siguientes:

1. Síndromes crónicos y recurrentes de síntomas disociativos mixtos: esta categoría incluye alteraciones de la identidad asociadas con discontinuidades menos marcadas en el sentido del yo y de la agencia, o alteraciones de identidad o episodios de posesión en un individuo que no refiere amnesia disociativa.
2. Perturbación de la identidad debido a una persuasión coercitiva intensa y prolongada: Individuos que han sido sometidos a una persuasión coercitiva intensa (por ejemplo, lavado de cerebro, reforma del pensamiento, adoctrinamiento en cautiverio, tortura, encarcelamiento político a largo plazo, reclutamiento por sectas/cultos u organizaciones terroristas).) pueden presentar cambios prolongados o un cuestionamiento consciente de su identidad.

3. Reacciones disociativas agudas a eventos estresantes: esta categoría es para condiciones agudas y transitorias que generalmente duran menos de 1 mes y, a veces, solo unas pocas horas o días. Estas condiciones se caracterizan por la constricción de la conciencia; despersonalización; desrealización; alteraciones de la percepción (p. ej., enlentecimiento del tiempo, macropsia); microamnesias; estupor transitorio; y/o alteraciones en el funcionamiento sensomotor (p. ej., analgesia, parálisis).
4. Trance disociativo: esta condición se caracteriza por un estrechamiento agudo o una pérdida completa de la conciencia del entorno inmediato que se manifiesta como una profunda falta de respuesta o insensibilidad a los estímulos ambientales. La falta de respuesta puede ir acompañada de conductas estereotipadas menores (p. ej., movimientos de los dedos) de las que el individuo no es consciente y/o que no puede controlar, así como parálisis transitoria o pérdida del conocimiento. El trance disociativo no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa colectiva ampliamente aceptada.

Trastorno disociativo no especificado

Machine Translated by Google

F44.9

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos disociativos. .
La categoría de trastorno disociativo no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide no especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un trastorno disociativo específico e incluye presentaciones para las cuales no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en situaciones de emergencia). configuración de la habitación).

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Síntoma somático y trastornos relacionados

Este capítulo incluye los diagnósticos de trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), factores psicológicos que afectan otras afecciones médicas, trastorno facticio, otros síntomas somáticos especificados y trastornos relacionados, y síntomas somáticos no especificados y trastornos relacionados. Todos los trastornos de este capítulo comparten una característica común: la prominencia de síntomas somáticos y/o ansiedad por enfermedad asociados con angustia y deterioro significativos. Las personas con trastornos con síntomas somáticos prominentes o ansiedad ante la enfermedad se encuentran comúnmente en atención primaria y otros entornos médicos, pero son menos comunes en entornos psiquiátricos y otros entornos de salud mental. Estos diagnósticos reconceptualizados, basados en una reorganización de los diagnósticos de trastornos somatomorfos del DSM-IV, son más útiles para la atención primaria y otros profesionales médicos (no psiquiátricos).

El diagnóstico principal en esta clase de diagnóstico, el trastorno de síntomas somáticos, enfatiza el diagnóstico realizado sobre la base de la presencia de síntomas y signos (síntomas somáticos angustiantes más pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales en respuesta a estos síntomas) en lugar de la ausencia de un diagnóstico médico. Explicación de los síntomas somáticos. Una característica distintiva de muchos individuos con trastorno de síntomas somáticos no son los síntomas somáticos per se, sino la forma en que los presentan e interpretan. La incorporación de componentes afectivos, cognitivos y conductuales en los criterios para el trastorno de síntomas somáticos proporciona un reflejo más completo y preciso del verdadero cuadro clínico que el que se puede lograr evaluando únicamente las quejas somáticas.

Los principios detrás de los cambios en los síntomas somáticos y los diagnósticos relacionados del DSM-IV son cruciales para comprender los diagnósticos del DSM-5. El término trastornos somatomorfos del DSM-IV resultaba confuso y fue sustituido por síntomas somáticos y trastornos relacionados. En el DSM-IV hubo una gran superposición entre los trastornos somatomorfos y una falta de claridad sobre los límites de los diagnósticos. Aunque los individuos con estos trastornos se presentan principalmente en entornos médicos más que de salud mental, los médicos no psiquiátricos encontraron los diagnósticos somatomorfos del DSM-IV difíciles de comprender y utilizar. La clasificación actual del DSM-5 reconoce esta superposición al reducir el número total de trastornos así como sus subcategorías.

Los criterios anteriores enfatizaron demasiado la centralidad de que los síntomas no sean explicados por procesos fisiopatológicos reconocidos. Dichos síntomas están presentes en diversos grados, particularmente en el trastorno de síntomas neurológicos funcionales, pero los trastornos de síntomas somáticos también pueden acompañar a afecciones médicas reconocidas (es decir, aquellos trastornos relacionados con procesos fisiopatológicos claramente reconocidos). La confiabilidad de determinar que un síntoma somático no se explica por un proceso fisiopatológico reconocido relacionado con una condición médica reconocida es limitada, y basar un diagnóstico en la ausencia de una explicación es problemático y refuerza el dualismo mente-cuerpo. No es apropiado diagnosticar un trastorno mental a una persona únicamente porque no se puede demostrar una condición médica reconocida. Además,

Machine Translated by Google

la presencia de una condición médica reconocida no excluye la posibilidad de un trastorno mental comórbido, incluido un síntoma somático y un trastorno relacionado. Quizás debido al enfoque predominante en la falta de explicación médica en el DSM-IV, las personas consideraban estos diagnósticos como peyorativos y degradantes,

lo que implica que sus síntomas físicos no eran "reales". La clasificación DSM-5 define el diagnóstico principal, trastorno de síntomas somáticos, sobre la base de los síntomas positivos (síntomas somáticos angustiantes más pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales en respuesta a estos síntomas). En el trastorno de síntomas neurológicos funcionales y en la pseudociesis (otro síntoma somático especificado y trastorno relacionado), el énfasis está en demostrar evidencia clínica de incompatibilidad con procesos fisiopatológicos reconocidos.

Es importante señalar que algunos otros trastornos mentales pueden manifestarse inicialmente con síntomas principalmente somáticos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico). Dichos diagnósticos pueden explicar los síntomas somáticos o pueden ocurrir junto con uno de los síntomas somáticos y los trastornos relacionados de este capítulo. También existe una comorbilidad médica considerable entre personas con síntomas somáticos y trastornos relacionados. Aunque los síntomas somáticos se asocian frecuentemente con malestar psicológico y psicopatología, algunos síntomas somáticos y trastornos relacionados pueden surgir espontáneamente y sus causas pueden permanecer oscuras. Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos pueden acompañar a síntomas somáticos y trastornos relacionados. El componente somático añade gravedad y complejidad a los trastornos depresivos y de ansiedad y da lugar a una mayor gravedad, deterioro funcional e incluso refractariedad a los tratamientos tradicionales. En raras ocasiones, el grado de preocupación puede ser tan grave que justifique la consideración de un diagnóstico de trastorno delirante.

Varios factores pueden contribuir a los síntomas somáticos y los trastornos relacionados. Estos incluyen vulnerabilidad genética y biológica (p. ej., mayor sensibilidad al dolor), experiencias traumáticas tempranas (p. ej., violencia, abuso, privación), iatrogénesis médica (p. ej., refuerzo del rol de enfermo, derivaciones y pruebas de diagnóstico excesivas) y aprendizaje (p. ej., , falta de refuerzo de las expresiones no somáticas de angustia), así como normas socioculturales que minimizan o estigmatizan el sufrimiento psicológico en comparación con el sufrimiento físico. Las diferencias en la atención médica entre contextos culturales afectan la presentación, el reconocimiento y el manejo de estas presentaciones somáticas. Las variaciones en la presentación de los síntomas probablemente sean el resultado de la interacción de múltiples factores dentro de contextos culturales que afectan la forma en que los individuos identifican y clasifican las sensaciones corporales, perciben las enfermedades y buscan atención médica para ellas.

Todos estos trastornos se caracterizan por un enfoque destacado en preocupaciones somáticas y su presentación inicial principalmente en entornos médicos más que de atención de salud mental. El trastorno de síntomas somáticos y el trastorno de ansiedad por enfermedad ofrecen métodos clínicamente más útiles para caracterizar a los individuos que pueden haber sido considerados en el pasado para un diagnóstico de trastorno de somatización e hipocondría. Además, aproximadamente entre dos tercios y tres cuartos de los individuos previamente diagnosticados con hipocondría se incluyen en el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos. Sin embargo, entre un cuarto y un tercio restante de las personas con hipocondriasis previamente diagnosticada tienen una alta ansiedad por la salud en ausencia de síntomas somáticos, y los síntomas de muchos de esos individuos no calificarían para un diagnóstico de trastorno de ansiedad. El diagnóstico DSM-5 de trastorno de ansiedad por enfermedad es para este último grupo de personas.

Machine Translated by Google

El trastorno de ansiedad por enfermedad puede considerarse un síntoma somático y un trastorno relacionado o un trastorno de ansiedad. Debido al fuerte enfoque en cuestiones somáticas y debido a que el trastorno de ansiedad por enfermedad se encuentra con mayor frecuencia en entornos médicos, por motivos de utilidad se incluye junto con los síntomas somáticos y los trastornos relacionados. En el trastorno de síntomas neurológicos funcionales, la clave para el diagnóstico son los síntomas neurológicos que pueden demostrarse, sobre la base de características positivas del examen clínico, que son incompatibles con la fisiopatología reconocida. Este es ahora un diagnóstico de "regla" y no un diagnóstico de exclusión, y puede realizarse en presencia de un trastorno neurológico reconocido. Ya no requiere la presencia de un factor estresante psicológico reciente, porque dichos factores estresantes no siempre están presentes. Los factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas también se incluyen en este capítulo. Su característica esencial es la presencia de uno o más factores psicológicos o conductuales clínicamente significativos que afectan negativamente una condición médica al aumentar el riesgo de sufrimiento, muerte o discapacidad. Al igual que los demás síntomas somáticos y trastornos relacionados, el trastorno facticio encarna problemas persistentes relacionados con la percepción y la identidad de la enfermedad. En la gran mayoría de los casos notificados de trastorno facticio, tanto

impuesto a uno mismo e impuesto a otro, los individuos presentan síntomas somáticos y expresan convicción médica de enfermedad. En consecuencia, el trastorno facticio del DSM-5 se incluye entre los síntomas somáticos y los trastornos relacionados. Otros síntomas somáticos especificados y trastorno relacionado y síntomas somáticos y trastorno relacionado no especificados incluyen afecciones para las cuales se cumplen algunos, pero no todos, los criterios para el trastorno de síntomas somáticos o el trastorno de ansiedad por enfermedad, así como la pseudociesis.

Trastorno de síntomas somáticos

Criterios de diagnóstico F45.1

A. Uno o más síntomas somáticos que son angustiantes o resultan en una alteración significativa de la vida diaria.

B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o problemas de salud asociados manifestados por al menos uno de los siguientes: 1.

Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de la propia síntomas.

2. Nivel persistentemente alto de ansiedad sobre la salud o los síntomas.

3. Dedicar demasiado tiempo y energía a estos síntomas o problemas de salud.

C. Aunque un síntoma somático puede no estar presente continuamente, el estado sintomático es persistente (normalmente más de 6 meses).

Especifique

si: Con dolor predominante (anteriormente trastorno de dolor): este especificador es para personas cuyos síntomas somáticos implican predominantemente dolor.

Machine Translated by Google

Especificar

si: Persistente: Un curso persistente se caracteriza por síntomas graves, deterioro marcado y larga duración (más de 6 meses).

Especifique la gravedad actual:

Leve: Sólo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.

Moderado: se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B.

Grave: se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B, además hay múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy grave).

Características diagnósticas

Las personas con trastorno de síntomas somáticos suelen tener múltiples síntomas somáticos actuales que son angustiantes o provocan una alteración significativa de la vida diaria (Criterio A), aunque a veces sólo está presente un síntoma grave, más comúnmente dolor. Los síntomas pueden ser específicos (p. ej., dolor localizado) o relativamente inespecíficos (p. ej., fatiga). Los síntomas a veces representan sensaciones corporales normales o malestar que generalmente no significan una enfermedad grave.

Los síntomas somáticos sin una explicación médica evidente no son suficientes para realizar este diagnóstico. El sufrimiento del individuo es auténtico, tenga o no explicación médica.

Los síntomas pueden estar asociados o no con otra afección médica. Los diagnósticos de trastorno de síntomas somáticos y una enfermedad médica concurrente no son mutuamente excluyentes y con frecuencia ocurren juntos. Por ejemplo, un individuo puede quedar gravemente discapacitado por síntomas de un trastorno de síntomas somáticos después de un infarto de miocardio no complicado, incluso si el infarto de miocardio en sí no provocó ninguna discapacidad. Si existe otra afección médica o un alto riesgo de desarrollar una (p. ej., antecedentes familiares importantes), los pensamientos, sentimientos y comportamientos asociados con esta afección son excesivos (Criterio B).

Los individuos con trastorno de síntomas somáticos tienden a tener niveles muy altos de preocupación por la enfermedad (Criterio B). Valoran sus síntomas corporales como excesivamente amenazantes, dañinos o problemáticos y a menudo piensan lo peor acerca de su salud. Incluso cuando hay pruebas de lo contrario, algunas personas todavía temen la gravedad médica de sus síntomas. En el trastorno de síntomas somáticos graves, los problemas de salud pueden asumir un papel central en la vida del individuo, convirtiéndose en una característica de su identidad y dominando las relaciones interpersonales.

Los individuos suelen experimentar una angustia que se centra principalmente en los síntomas somáticos y su significado. Cuando se les pregunta directamente sobre su angustia, algunos individuos la describen en relación con otros aspectos de sus vidas, mientras que otros niegan cualquier fuente de angustia distinta de los síntomas somáticos. La calidad de vida relacionada con la salud suele verse afectada, tanto física como mentalmente.

El diagnóstico puede especificarse aún más indicando si las quejas implican predominantemente dolor y/o si las quejas se caracterizan por un curso persistente.

Además, la gravedad del trastorno de síntomas somáticos puede especificarse mediante el número de criterios B cumplidos. Las formas leves de trastorno de síntomas somáticos (se cumple un síntoma especificado en el Criterio B) son más prevalentes, mientras que los casos moderados (están presentes dos o más criterios B) y graves (se cumplen dos o más síntomas especificados en el Criterio B en combinación

Machine Translated by Google

con múltiples quejas somáticas o un síntoma somático muy severo) se caracterizan por niveles más altos de deterioro. En el trastorno de síntomas somáticos graves, el deterioro es marcado y, cuando persiste, el trastorno puede provocar invalidez.

A menudo hay un alto nivel de utilización de la atención médica, lo que rara vez alivia las preocupaciones del individuo. En consecuencia, el individuo puede buscar atención de varios médicos por los mismos síntomas. Estos individuos a menudo parecen no responder a las intervenciones médicas, y es posible que nuevas intervenciones sólo exacerben los síntomas presentes. Algunas personas con este trastorno parecen inusualmente sensibles a los efectos secundarios de los medicamentos. Algunos consideran que su evaluación y tratamiento médico han sido inadecuados.

Los criterios para el trastorno de síntomas somáticos parecen adecuados para su uso en niños y adolescentes, pero han sido menos estudiados en los jóvenes que en los adultos.

Funciones asociadas

Las características cognitivas incluyen atención centrada en síntomas somáticos, atribución de sensaciones corporales normales a enfermedades físicas (posiblemente con interpretaciones catastróficas), preocupación por la enfermedad, un autoconcepto de debilidad corporal e intolerancia a las quejas corporales. Además de la ansiedad por la salud, las características emocionales pueden incluir afectividad negativa, desesperación y desmoralización relacionadas con síntomas somáticos. Las características de comportamiento asociadas relevantes pueden incluir controles corporales repetidos para detectar anomalías, búsqueda repetida de ayuda médica y tranquilidad, y evitación de actividad física. Estas características de comportamiento son más pronunciadas en el trastorno de síntomas somáticos persistentes y graves. Estas características suelen estar asociadas a solicitudes frecuentes de ayuda médica por diferentes síntomas somáticos. Esto puede llevar a consultas médicas en las que los individuos están tan concentrados en sus preocupaciones sobre los síntomas somáticos que no pueden ser redirigidos a otros asuntos. Cualquier garantía por parte del médico de que los síntomas no son indicativos de una enfermedad física grave tiende a ser de corta duración y/o los individuos la experimentan porque el médico no toma sus síntomas con la debida seriedad. Como el enfoque en los síntomas somáticos es una característica principal del trastorno, las personas con trastorno de síntomas somáticos generalmente acuden a los servicios de salud médica general en lugar de a los servicios de salud mental. La sugerencia de derivar a un especialista en salud mental puede ser recibida con sorpresa o incluso con un franco rechazo por parte de personas con trastorno de síntomas somáticos.

Predominio

La prevalencia del trastorno de síntomas somáticos no está clara. Las estimaciones sobre la prevalencia del trastorno de síntomas somáticos provienen de la limitada literatura epidemiológica sobre

Trastornos somatomorfos del DSM-IV-TR. Sin embargo, se espera que la prevalencia del trastorno de síntomas somáticos sea mayor que la del trastorno de somatización más restrictivo del DSM-IV-TR (<1%), pero menor que la del trastorno somatomorfo indiferenciado (aproximadamente 19%). Estudios poblacionales más recientes con una estrategia basada en cuestionarios que utilizan los criterios de diagnóstico del DSM-5 para el trastorno de síntomas somáticos en muestras de adultos y adolescentes reportan tasas de prevalencia entre 6,7% y 17,4%. Según investigaciones realizadas en Europa y América del Norte, la prevalencia del trastorno de síntomas somáticos en la población adulta general puede estimarse entre el 4% y el 6%.

Machine Translated by Google

El trastorno de síntomas somáticos tiene una mayor frecuencia en pacientes de atención primaria que en la población general. Según revisiones y metanálisis de estudios de múltiples países que todavía utilizaban los criterios del DSM-IV o la CIE-10, parece plausible una prevalencia de 12 meses de trastorno de síntomas somáticos y afecciones relacionadas en pacientes de atención primaria de entre el 10% y el 20%. Las tasas de prevalencia son más altas en entornos clínicos que se especializan en trastornos psicosomáticos o funcionales, con frecuencias reportadas de trastornos de síntomas somáticos entre el 40% y el 60%.

Las mujeres tienden a informar más síntomas somáticos que los hombres, y la prevalencia de síntomas somáticos
En consecuencia, es probable que el trastorno sintomático sea mayor en las mujeres.

Desarrollo y curso En un estudio de niños

daneses de 5 a 7 años de edad, los síntomas somáticos funcionales eran problemas de salud comunes, que para una minoría significativa (aproximadamente una quinta parte) de aquellos con síntomas eran lo suficientemente graves como para causar angustia, deterioro, ausencias escolares, o la búsqueda de ayuda médica. La edad de inicio no parece afectar la duración de la enfermedad no tratada.

Es probable que el curso del trastorno de síntomas somáticos sea crónico y fluctuante y esté influenciado por la cantidad de síntomas, la edad del individuo, el nivel de deterioro y cualquier comorbilidad. El curso también está influenciado por los rasgos de personalidad, con una menor evitación de daños y una mayor cooperación asociada con un tiempo más corto hasta la remisión.

En los niños, los síntomas más comunes son dolor abdominal recurrente, dolor de cabeza, fatiga y náuseas. Un único síntoma destacado es más común en niños que en adultos. Cuando el diagnóstico se realiza en individuos más jóvenes, es importante obtener evaluaciones del paciente, de la familia y de otras personas (p. ej., la escuela) sobre la presentación de los síntomas. La participación del paciente y del cuidador durante la evaluación y el tratamiento es fundamental porque la interpretación de los padres y la respuesta a los síntomas pueden determinar el nivel de angustia asociada, las demandas de investigaciones e intervenciones médicas y el tiempo fuera de la escuela.

En las personas mayores, el dolor localizado en varias regiones del cuerpo parece ser el síntoma más común. Los síntomas somáticos y las enfermedades médicas concurrentes son comunes ya que la multimorbilidad aumenta con la edad. Las tasas de prevalencia del trastorno de síntomas somáticos parecen ser estables hasta los 65 años y podrían disminuir posteriormente. Para realizar el diagnóstico en personas mayores, es fundamental centrarse en la necesidad de pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o los problemas de salud asociados (Criterio B). El trastorno de síntomas somáticos puede estar infradiagnosticado en los adultos mayores, ya sea porque ciertos síntomas somáticos (p. ej., dolor, fatiga) se consideran parte del envejecimiento normal o porque la preocupación por la enfermedad se considera "comprensible" en los adultos mayores que padecen más enfermedades y medicamentos de medicina general que los más jóvenes. gente.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. El rasgo de personalidad de la afectividad negativa (neuroticismo) se ha identificado como un correlato/ factor de riesgo independiente de un elevado número de síntomas somáticos. La ansiedad o depresión comórbida es común y puede exacerbar los síntomas y el deterioro.

Ambiental. El trastorno de síntomas somáticos es más frecuente en personas con pocos años de educación y nivel socioeconómico bajo, y en aquellos que han experimentado recientemente experiencias estresantes o

Machine Translated by Google

acontecimientos vitales relacionados con la salud. Las adversidades tempranas de la vida, como el abuso sexual infantil, también son probablemente un factor de riesgo para el trastorno de síntomas somáticos en los adultos.

Modificadores de curso. Los síntomas somáticos persistentes se asocian con características demográficas (mujeres, edad avanzada, menos años de educación, nivel socioeconómico más bajo, desempleo), antecedentes reportados de abuso sexual u otras adversidades infantiles, enfermedades físicas crónicas o trastornos mentales concurrentes (depresión, ansiedad, trastorno depresivo, pánico), estrés social y factores sociales de refuerzo, como los beneficios de la enfermedad. La gravedad total de los síntomas somáticos probablemente esté asociada con el sexo femenino, la ansiedad, la depresión y las enfermedades médicas generales. Los factores cognitivos que afectan el curso clínico incluyen la sensibilización al dolor, una mayor atención a las sensaciones corporales y la atribución de síntomas corporales a una posible enfermedad médica en lugar de reconocerlos como un fenómeno normal o estrés psicológico.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Se encuentra un gran número de síntomas somáticos en estudios poblacionales y de atención primaria en todo el mundo, con un patrón similar de los síntomas somáticos, el deterioro y la búsqueda de tratamiento más comúnmente reportados. La relación entre el número de síntomas somáticos y la preocupación por la enfermedad es similar en diferentes contextos culturales, y la preocupación marcada por la enfermedad se asocia con deterioro y una mayor búsqueda de tratamiento transculturalmente. En muchos contextos culturales, las personas con depresión suelen presentar síntomas somáticos.

A pesar de estas similitudes, existen diferencias en los síntomas somáticos entre contextos culturales y grupos etnoraciales. Los factores socioculturales, en particular el estigma relacionado con los trastornos mentales, pueden explicar las diferencias en la notificación de síntomas somáticos entre contextos culturales. La descripción de los síntomas somáticos varía según los factores lingüísticos y otros factores culturales locales. Estas presentaciones somáticas se han descrito como "modismos de angustia" porque los síntomas somáticos pueden tener significados especiales y dar forma a las interacciones entre paciente y médico en contextos culturales particulares. Por ejemplo, las sensaciones de pesadez, las quejas de “gases”, demasiado calor en el cuerpo o ardor en la cabeza son comunes en algunas culturas o grupos étnicos, pero poco comunes en otros. Las explicaciones culturales también varían, y los síntomas somáticos pueden atribuirse de diversas formas a una familia, un trabajo (p. ej., agotamiento) u otras tensiones ambientales concretas; enfermedad médica general; la supresión de sentimientos de ira y resentimiento; o ciertas atribuciones culturalmente específicas, como la pérdida de semen. Ciertos síntomas somáticos pueden ser parte de modelos explicativos específicos en un contexto cultural determinado; por ejemplo, la comprensión tradicional del shenjing shuairuo en China vincula los conceptos de “debilidad de los nervios” (neurastenia) y desequilibrio entre calor y frío con síntomas destacados como fatiga y falta de energía. También puede haber diferencias en la búsqueda de tratamiento médico y la utilización de prácticas curativas no médicas, tradicionales, alternativas y complementarias entre grupos culturales, además de diferencias debidas al acceso variable a los servicios de atención médica. Las creencias culturales, las enfermedades previas, el estado del seguro, los conocimientos sobre salud y las experiencias de atención médica pueden influir en la percepción de los individuos sobre los síntomas somáticos y el uso de la atención médica. La búsqueda de tratamiento para múltiples síntomas somáticos en clínicas de medicina general es un fenómeno mundial.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

En estudios poblacionales, las mujeres reportaron más síntomas somáticos que los hombres, y en un estudio de pacientes de atención primaria con dolor crónico, las mujeres reportaron síntomas somáticos más severos que los hombres. Mientras que la exposición al trauma sexual, la violencia de pareja y un historial de trauma infantil

Machine Translated by Google

se asocia con una mayor expresión de síntomas somáticos en

Tanto en mujeres como en hombres, es especialmente probable que una historia infantil de múltiples experiencias infantiles adversas aumente la expresión de síntomas somáticos en las mujeres.

En las mujeres, el género se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar síntomas persistentes de trastorno de síntomas somáticos. No parece haber evidencia de que el género esté asociado con la duración de la enfermedad no tratada y la respuesta al tratamiento psicológico o farmacológico.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas El trastorno de síntomas somáticos se asocia con pensamientos e intentos de suicidio. Es probable que los pensamientos y conductas suicidas se expliquen en parte por la superposición diagnóstica y la frecuente comorbilidad del trastorno de síntomas somáticos y los trastornos depresivos. Además, las percepciones de enfermedades disfuncionales y la gravedad de los síntomas somáticos parecen estar asociados de forma independiente con un mayor riesgo de ideación suicida.

Consecuencias funcionales del trastorno de síntomas somáticos El trastorno se asocia con un marcado deterioro del estado de salud y un alto malestar psicológico. Es probable que muchas personas con trastorno de síntomas somáticos graves tengan puntuaciones de estado de salud deterioradas más de 2 desviaciones estándar por debajo de las normas de la población. El estado de salud se ve particularmente afectado en presencia de síntomas múltiples o graves.

Diagnóstico diferencial Si los síntomas somáticos son consistentes con otro trastorno mental (p. ej., trastorno de pánico) y se cumplen los criterios de diagnóstico para ese trastorno, entonces ese trastorno mental debe considerarse como un diagnóstico alternativo o adicional. Si, como suele ocurrir, se cumplen los criterios tanto para el trastorno de síntomas somáticos como para otro diagnóstico de trastorno mental, entonces ambos deben diagnosticarse, ya que ambos pueden requerir tratamiento.

Otras condiciones médicas. La presencia de síntomas somáticos de etiología poco clara no es por sí sola suficiente para hacer el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos. Los síntomas de muchos individuos con trastornos como el síndrome del intestino irritable o la fibromialgia no cumplirían el criterio necesario para diagnosticar el trastorno de síntomas somáticos (Criterio B). Por el contrario, la presencia de síntomas somáticos de una afección médica establecida (p. ej., diabetes o enfermedad cardíaca) no excluye el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos si se cumplen los criterios. Los factores que distinguen a los individuos con trastorno de síntomas somáticos de los individuos con afecciones médicas generales únicamente incluyen la ineficacia de los analgésicos, antecedentes de trastornos mentales, factores provocadores o paliativos poco claros, persistencia sin cesar y estrés.

Factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas. El diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos requiere síntomas somáticos angustiantes o perjudiciales que pueden o no estar asociados con otra afección médica, pero que deben ir acompañados de pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos o desproporcionados relacionados con los síntomas somáticos o problemas de salud asociados. A diferencia de,

Machine Translated by Google

el diagnóstico de factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas requiere la presencia de una condición médica, así como factores psicológicos que afectan negativamente su curso o interfieren con su tratamiento.

Trastorno de pánico. En el trastorno de pánico, los síntomas somáticos y la ansiedad por la salud tienden a ocurrir en episodios agudos, mientras que en el trastorno de síntomas somáticos, la ansiedad y los síntomas somáticos son más persistentes.

Trastorno de ansiedad generalizada. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada se preocupan por múltiples eventos, situaciones o actividades, de las cuales sólo una puede afectar su salud. El foco principal no suele ser los síntomas somáticos o el miedo a la enfermedad como ocurre en el trastorno de síntomas somáticos.

Trastornos depresivos. Los trastornos depresivos suelen ir acompañados de síntomas somáticos como fatiga, dolores de cabeza o dolores articulares, abdominales o de otro tipo. Sin embargo, los trastornos depresivos se diferencian del trastorno de síntomas somáticos por el requisito de la presencia de un estado de ánimo deprimido o, en el caso del trastorno depresivo mayor, de un estado de ánimo deprimido o de un menor interés o placer en las actividades. En algunos contextos culturales, estos síntomas centrales de la depresión pueden ser inicialmente negados o restados importancia por individuos cuyas presentaciones cumplirían de otro modo los criterios de un trastorno depresivo. En cambio, estos individuos podrían enfatizar síntomas somáticos que pueden ser idiomáticos (p. ej., pesadez de corazón) y desconocidos para los médicos.

Trastorno de ansiedad por enfermedad. Si el individuo tiene grandes preocupaciones sobre la salud pero ningún síntoma somático o síntomas mínimos, puede ser más apropiado considerar el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión). En el trastorno de síntomas neurológicos funcionales, el síntoma de presentación es la pérdida de función (p. ej., de una extremidad), mientras que en el trastorno de síntomas somáticos, la atención se centra en la angustia que causan los síntomas particulares. Las características enumeradas en el Criterio B del trastorno de síntomas somáticos pueden ser útiles para diferenciar los dos trastornos.

Desorden delirante. En el trastorno de síntomas somáticos, las creencias del individuo de que los síntomas somáticos podrían reflejar una enfermedad física subyacente grave no se mantienen con una intensidad delirante. No obstante, las creencias del individuo sobre los síntomas somáticos pueden mantenerse firmemente. Por el contrario, en el trastorno delirante de tipo somático, la convicción del individuo de que los síntomas somáticos son indicativos de tener una enfermedad subyacente grave es más fuerte que la que se encuentra en el trastorno de síntomas somáticos.

Desórden dismórfico del cuerpo. En el trastorno dismórfico corporal, el individuo está excesivamente preocupado y preocupado por un defecto percibido en su apariencia física. Por el contrario, en el trastorno de síntomas somáticos, la preocupación por los síntomas somáticos refleja miedo a una enfermedad subyacente, no a un defecto en la apariencia.

Trastorno obsesivo compulsivo. En el trastorno de síntomas somáticos, las ideas recurrentes sobre síntomas o enfermedades somáticas son menos intrusivas y los individuos con este trastorno no exhiben las conductas repetitivas asociadas destinadas a reducir la ansiedad que ocurren en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Trastorno facticio y simulación. En el trastorno facticio y la simulación, los individuos se presentan como enfermos o deteriorados pero han falsificado la presentación de signos y síntomas físicos con la

Machine Translated by Google

intención de engañar. Por el contrario, los síntomas del trastorno de síntomas somáticos no son simulados ni autoinducidos, y estos individuos sufren auténtica y seriamente sus dolencias somáticas.

Comorbilidad

El trastorno de síntomas somáticos se asocia con altas tasas de comorbilidad con otros trastornos mentales, así como con afecciones médicas generales. Los trastornos mentales concurrentes más relevantes son los trastornos de ansiedad y depresivos, cada uno de los cuales ocurre hasta en el 50% de los casos de trastornos de síntomas somáticos y contribuye significativamente al deterioro funcional general y a una peor calidad de vida. Otros trastornos mentales que se han encontrado que coexisten con el trastorno de síntomas somáticos son el trastorno de estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo. Otra evidencia indica una asociación con la disfunción sexual en los hombres.

Se han encontrado niveles elevados de las características psicológicas (Criterio B) del trastorno de síntomas somáticos en varias afecciones médicas generales. Cuando existe una enfermedad médica general concurrente, el grado de deterioro es más marcado de lo que se esperaría de la enfermedad física sola. Además, se ha demostrado que la somatización en enfermedades médicas empeora los resultados de la enfermedad y el tratamiento, la adherencia y la calidad de vida y aumenta la utilización de la atención médica.

Criterios de diagnóstico F45.21

A. Preocupación por tener o adquirir una enfermedad grave.

B. Los síntomas somáticos no están presentes o, si están presentes, son sólo de intensidad leve. Si hay otra afección médica presente o existe un alto riesgo de desarrollar una afección médica (p. ej., hay antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.

C. Hay un alto nivel de ansiedad por la salud y el individuo se alarma fácilmente.
sobre el estado de salud personal.

D. El individuo realiza conductas excesivas relacionadas con la salud (p. ej., examina repetidamente su cuerpo para detectar signos de enfermedad) o muestra una evitación desadaptativa (p. ej., evita citas médicas y hospitales).

E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente durante al menos 6 meses, pero la preocupación específica La enfermedad que se teme puede cambiar durante ese período de tiempo.

F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno de síntomas somáticos, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno dismórfico corporal, el trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno delirante de tipo somático.

Especifique si:

Machine Translated by Google

Tipo de búsqueda de atención: se utiliza con frecuencia la atención médica, incluidas las visitas al médico o la realización de pruebas y procedimientos.

Tipo que evita la atención: rara vez se utiliza la atención médica.

Características diagnósticas

La mayoría de las personas a las que anteriormente se les habría diagnosticado hipocondría en el DSM-IV (preocupación por tener una enfermedad grave basada en la mala interpretación que hace el individuo de los síntomas corporales) ahora se clasifican como personas con trastorno de síntomas somáticos; sin embargo, en un tercio de los casos, se aplica el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad.

El trastorno de ansiedad por enfermedad implica una preocupación por tener o adquirir una enfermedad médica grave no diagnosticada (Criterio A). Los síntomas somáticos no están presentes o, si están presentes, son sólo de intensidad leve (Criterio B). Una evaluación exhaustiva no logra identificar una condición médica grave que explique las preocupaciones del individuo. Si bien la preocupación puede derivarse de un signo o sensación física no patológica, la angustia del individuo no emana principalmente de la dolencia física en sí, sino más bien de su ansiedad sobre el significado, importancia o causa de la dolencia (es decir, el diagnóstico médico sospechado).). Si hay un signo o síntoma físico presente, a menudo es una sensación fisiológica normal (p. ej., mareo ortostático), una disfunción benigna y autolimitada (p. ej., tinnitus transitorio) o un malestar corporal que generalmente no se considera indicativo de enfermedad (p. ej., eructos). Si existe una afección médica diagnosticable, la ansiedad y la preocupación del individuo son claramente excesivas y desproporcionadas con respecto a la gravedad de la afección (Criterio B). La mayor parte de la evidencia empírica y la literatura existente se refieren a la hipocondriasis y la ansiedad por la salud previamente definidas por el DSM, y no está claro en qué medida y con qué precisión se aplican a la descripción de este nuevo diagnóstico.

La preocupación por la idea de que uno está enfermo va acompañada de una ansiedad sustancial por la salud y la enfermedad (Criterio C). Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad se alarman fácilmente ante la enfermedad, por ejemplo, al enterarse de que otra persona se enferma o al leer una noticia relacionada con la salud. Sus preocupaciones sobre enfermedades no diagnosticadas no responden a la tranquilidad médica adecuada, a pruebas de diagnóstico negativas o a un curso benigno. Los intentos del médico por tranquilizarlo y paliar los síntomas generalmente no alivian la situación del individuo.

preocupaciones y puede aumentarlas. Las preocupaciones por la enfermedad ocupan un lugar destacado en la vida del individuo, afectando las actividades diarias e incluso pueden provocar invalidez. La enfermedad se convierte en un rasgo central de la identidad y la autoimagen del individuo, un tema frecuente del discurso social y una respuesta característica a acontecimientos estresantes de la vida. Los individuos con este trastorno a menudo se examinan a sí mismos repetidamente (p. ej., examinando su garganta en el espejo) (Criterio D). Investigan excesivamente la enfermedad que sospechan (p. ej., en Internet) y buscan repetidamente consuelo en familiares, amigos o médicos. Esta preocupación incesante a menudo resulta frustrante para los demás y puede provocar una tensión considerable dentro de la familia. En algunos casos, la ansiedad conduce a una evitación desadaptativa de situaciones (p. ej., visitar a familiares enfermos) o actividades (p. ej., ejercicio) que estos individuos temen que puedan poner en peligro su salud.

Machine Translated by Google

Funciones asociadas

Debido a que creen que están médicamente enfermos, las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad se encuentran con mucha más frecuencia en entornos médicos que en entornos de salud mental. La mayoría de las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad reciben una atención médica extensa pero insatisfactoria. Generalmente tienen tasas elevadas de utilización de servicios médicos y de salud mental en comparación con la población general. En una minoría de casos de trastorno de ansiedad por enfermedad, las personas están demasiado ansiosas por buscar atención médica y evitar la atención médica.

A menudo consultan a varios médicos por el mismo problema y obtienen repetidamente resultados negativos de las pruebas de diagnóstico. En ocasiones, la atención médica conduce a una exacerbación paradójica de la ansiedad o a complicaciones iatrogénicas de las pruebas y procedimientos diagnósticos. Las personas que padecen este trastorno generalmente no están satisfechas con la atención médica que reciben y la encuentran inútil, y a menudo sienten que los médicos no los toman en serio. En ocasiones, estas preocupaciones pueden estar justificadas, ya que los médicos a veces se muestran desdeñosos o responden con frustración u hostilidad. En ocasiones, esta respuesta puede provocar que no se diagnostique una afección médica presente.

Predominio

Las estimaciones de prevalencia del trastorno de ansiedad por enfermedad se basan en estimaciones del diagnóstico de hipocondría y ansiedad por la salud del DSM-III y DSM-IV. La prevalencia de 1 a 2 años de ansiedad por la salud y/o convicción de enfermedad en encuestas comunitarias y muestras poblacionales de países de altos ingresos como Estados Unidos y Alemania oscila entre el 1,3% y el 10%. En poblaciones médicas ambulatorias, las tasas de prevalencia de 6 meses/1 año están entre 2,2% y 8% en una variedad de países, con tasas de prevalencia medias ponderadas del 3%. Por el contrario, en un estudio de pacientes en clínicas especializadas, aproximadamente una quinta parte de los individuos informaron ansiedad ante la enfermedad. La prevalencia del trastorno es similar en hombres y mujeres.

Desarrollo y evolución

El desarrollo y la evolución del trastorno de ansiedad por enfermedad no están claros. Generalmente se piensa que el trastorno de ansiedad por enfermedad es una afección crónica, episódica y recurrente que comienza en la edad adulta temprana y media. Se cree que el trastorno es poco común en los niños, aunque la aparición de ansiedades relacionadas con la salud puede ocurrir en la niñez o la adolescencia. En algunas muestras poblacionales, la ansiedad relacionada con la salud aumenta con la edad, pero en otras, la ansiedad por la salud alcanza su punto máximo en la mediana edad, antes de disminuir en la vejez. Las edades de las personas con alta ansiedad por la salud en entornos médicos no parecen diferir de las de otras personas en esos entornos. En las personas mayores, la ansiedad relacionada con la salud a menudo se centra en la pérdida de memoria y pérdida sensorial.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental.

El trastorno de ansiedad por enfermedad a veces puede ser precipitado por un estrés importante en la vida o por una amenaza grave pero, en última instancia, benigna para la salud del individuo. una historia de

El abuso infantil o una enfermedad infantil grave, una enfermedad grave de uno de los padres o la muerte de un padre enfermo durante la infancia pueden predisponer al desarrollo del trastorno en la edad adulta.

Machine Translated by Google

Modificadores de curso. Aproximadamente entre un tercio y la mitad de los individuos con trastorno de ansiedad por enfermedad tienen una forma transitoria, que se asocia con menos comorbilidad psiquiátrica, más comorbilidad médica y un trastorno de ansiedad por enfermedad menos grave.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura El diagnóstico debe hacerse con precaución en individuos cuyas ideas sobre la enfermedad son congruentes con creencias culturales ampliamente difundidas. La prevalencia parece ser similar en diferentes países, aunque se sabe poco sobre la variación transcultural en la fenomenología.

Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad por enfermedad El trastorno de ansiedad por enfermedad causa un deterioro sustancial del rol y una disminución en la función física y la calidad de vida relacionada con la salud. Los problemas de salud a menudo interfieren con las relaciones interpersonales, perturban la vida familiar y perjudican el desempeño ocupacional.

Diagnóstico diferencial

Otras condiciones médicas. La primera consideración de diagnóstico diferencial es una afección médica subyacente, incluidas afecciones neurológicas o endocrinas, neoplasias malignas ocultas y otras enfermedades que afectan múltiples sistemas del cuerpo. La presencia de una afección médica no descarta la posibilidad de una enfermedad coexistente con un trastorno de ansiedad. Si existe una afección médica, la ansiedad y los problemas de enfermedad relacionados con la salud son claramente desproporcionados con respecto a su gravedad. Las preocupaciones transitorias relacionadas con una afección médica no constituyen un trastorno de ansiedad por enfermedad.

Trastornos de adaptación. La ansiedad relacionada con la salud es una respuesta normal a una enfermedad grave y no es un trastorno mental. Esta ansiedad por la salud no patológica está claramente relacionada con la afección médica y suele tener una duración limitada. Si la ansiedad por la salud es lo suficientemente grave como para causar angustia o deterioro clínicamente significativo en una o más áreas importantes del funcionamiento, se puede diagnosticar un trastorno de adaptación. Sin embargo, si la ansiedad desproporcionada relacionada con la salud persiste durante más de 6 meses, se puede aplicar un diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad.

Trastorno de síntomas somáticos. Tanto el trastorno de síntomas somáticos como el trastorno de ansiedad por enfermedad pueden caracterizarse por un alto nivel de ansiedad sobre la salud y conductas excesivas relacionadas con la salud. Se diferencian por el hecho de que el trastorno de síntomas somáticos requiere la presencia de síntomas somáticos que son angustiantes o resultan en una alteración significativa de la vida diaria, mientras que en el trastorno de ansiedad por enfermedad, los síntomas somáticos no están presentes o, si están presentes, son sólo de intensidad leve. .

Desórdenes de ansiedad. En el trastorno de ansiedad generalizada, los individuos se preocupan por múltiples eventos, situaciones o actividades, de las cuales sólo una puede estar relacionada con la salud. En el trastorno de pánico, al individuo le puede preocupar que los ataques de pánico reflejen la presencia de una enfermedad médica; sin embargo, aunque estas personas pueden tener ansiedad por su salud, su ansiedad suele ser muy aguda y episódica. En el trastorno de ansiedad por enfermedad, la ansiedad y los temores por la salud son más persistentes y duraderos. Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad pueden experimentar ataques de pánico desencadenados por sus preocupaciones sobre la enfermedad.

Trastornos obsesivo-compulsivos y afines. Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad pueden tener pensamientos intrusivos acerca de tener una enfermedad y también pueden tener conductas compulsivas asociadas.

Machine Translated by Google

(por ejemplo, buscar tranquilidad). Sin embargo, en el trastorno de ansiedad por enfermedad, las preocupaciones suelen centrarse en tener una enfermedad, mientras que en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), los pensamientos son intrusivos y suelen centrarse en el miedo a contraer una enfermedad en el futuro. La mayoría de las personas con TOC tienen obsesiones o compulsiones.

involucrando otras preocupaciones además de los temores de contraer enfermedades. En el trastorno dismórfico corporal, las preocupaciones se limitan a la apariencia física del individuo, que se considera defectuosa o defectuosa.

Trastorno depresivo mayor. Algunas personas con un episodio depresivo mayor reflexionan sobre su salud y se preocupan excesivamente por la enfermedad. No se realiza un diagnóstico separado de trastorno de ansiedad por enfermedad si estas preocupaciones ocurren solo durante episodios depresivos mayores. Sin embargo, si la preocupación excesiva por la enfermedad persiste después de la remisión de un episodio de trastorno depresivo mayor, se debe considerar el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad.

Desórdenes psicóticos. Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad no se engañan y pueden reconocer la posibilidad de que la enfermedad temida no esté presente. Sus ideas no alcanzan la rigidez y la intensidad que se observan en los delirios somáticos que ocurren en los trastornos psicóticos (p. ej., esquizofrenia; trastorno delirante, tipo somático; trastorno depresivo mayor, con características psicóticas). Los verdaderos delirios somáticos suelen ser más extraños (p. ej., que un órgano se está pudriendo o muerto) que las preocupaciones observadas en el trastorno de ansiedad por enfermedad. Las preocupaciones observadas en el trastorno de ansiedad por enfermedad, aunque no están basadas en la realidad, son plausibles.

Comorbilidad El

trastorno de ansiedad por enfermedad coexiste con trastornos de ansiedad (en particular, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico), TOC y trastornos depresivos. Aproximadamente dos tercios de las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad probablemente tengan al menos otro trastorno mental mayor comórbido. Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad pueden tener un riesgo elevado de sufrir trastornos de personalidad.

Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (conversión Trastorno)

Criterios de diagnóstico

A. Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensorial voluntaria.

B. Los hallazgos clínicos proporcionan evidencia de incompatibilidad entre el síntoma y condiciones neurológicas o médicas reconocidas.

C. El síntoma o déficit no se explica mejor por otra causa médica o mental. trastorno.

D. El síntoma o déficit causa malestar o deterioro clínicamente significativo en

Machine Translated by Google

social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento o justifica una evaluación médica.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende del tipo de síntoma (ver más abajo).
Especifique el tipo de
síntoma: F44.4 Con debilidad o parálisis
F44.4 Con movimiento anormal (p. ej., temblor, distonía, mioclono, trastorno de la marcha)

F44.4 Con síntomas de deglución F44.4 Con
síntomas del habla (p. ej., disfonía, dificultad para hablar)
F44.5 Con ataques o convulsiones
F44.6 Con anestesia o pérdida sensorial F44.6 Con
síntoma sensorial especial (p. ej., alteración visual, olfativa o auditiva)

F44.7 Con síntomas mixtos Especificar
si: Episodio
agudo: Los síntomas se presentan durante menos de 6 meses.
Persistente: síntomas que ocurren durante 6 meses o más.

Especifique si:
Con estresor psicológico (especificar estresor)
Sin estresor psicológico

Características diagnósticas

En el trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), puede haber uno o más síntomas neurológicos de varios tipos. Los síntomas motores incluyen debilidad o parálisis; movimientos anormales, como temblores, sacudidas o movimientos distónicos; y anomalías de la marcha.
Los síntomas sensoriales incluyen sensación de la piel, visión o audición alteradas, reducidas o ausentes.
Los episodios de aparente falta de respuesta con o sin movimientos de las extremidades pueden parecerse a convulsiones epilépticas, síncope o coma (también llamados convulsiones o ataques disociativos, psicógenos o no epilépticos). Otros síntomas incluyen volumen del habla reducido o ausente (disfonía/afonía); alteración de la articulación, prosodia o fluidez del habla; sensación de un nudo en la garganta (globo); y diplopía. Este trastorno ha sido denominado “trastorno de conversión” en ediciones anteriores del DSM, así como en gran parte de la literatura de investigación psiquiátrica. El término “conversión” se originó en la teoría psicoanalítica, que propone que el conflicto psíquico inconsciente se “convierte” en síntomas físicos.

El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos que muestran evidencia clara de incompatibilidad con una enfermedad neurológica reconocida. Por lo general, estos deben ser obtenidos e interpretados en el contexto de todo el cuadro clínico por un profesional de la salud con experiencia en el diagnóstico de

Machine Translated by Google

condiciones neurológicas. El diagnóstico no es de exclusión y se puede realizar en personas que también padecen enfermedades neurológicas como epilepsia o esclerosis múltiple. El diagnóstico no debe hacerse simplemente porque los resultados de las investigaciones sean normales o porque el síntoma sea "extraño". La inconsistencia interna durante el examen es una forma de demostrar incompatibilidad (es decir, demostrar que los signos físicos obtenidos mediante un método de examen ya no están presentes cuando se prueban de otra manera). Hay docenas de ejemplos de resultados de exámenes “positivos” de este tipo. Ejemplos de hallazgos de exámenes que indican incompatibilidad con enfermedades neurológicas reconocidas incluyen los siguientes:

- Para debilidad o parálisis funcional de las extremidades: signo de Hoover, en el que la debilidad de la extensión de la cadera vuelve a su fuerza normal con la flexión de la cadera contralateral contra resistencia; el signo del abductor de la cadera, en el que la debilidad de la abducción del muslo vuelve a la normalidad con la abducción de la cadera contralateral contra resistencia; o una discrepancia entre el rendimiento en la cama (p. ej., debilidad en la flexión plantar del tobillo) en comparación con otra tarea (p. ej., capacidad para caminar de puntillas).
- Para el temblor funcional: la prueba de arrastre del temblor, en la que un temblor cambia cuando el individuo se distrae copiando al examinador al realizar un movimiento rítmico con la mano o el pie contralateral. La prueba es positiva cuando el temblor “arrastra” el ritmo de la mano o el pie no afectado, se suprime el temblor o el individuo no puede copiar movimientos rítmicos simples. Otras características del temblor funcional de las extremidades incluyen la variabilidad en la frecuencia o dirección del temblor.
- Para la distonía funcional: los individuos típicamente presentan una posición invertida fija del tobillo, un puño cerrado o una contracción unilateral del platisma, a menudo con un inicio repentino.
- Para ataques que se asemejan a ataques epilépticos o síncope (también llamados ataques funcionales o disociativos [no epilépticos]): las características que sugieren un trastorno de síntomas neurológicos funcionales incluyen cierre ocular persistente, a veces con resistencia a la apertura, movimientos motores bilaterales con conciencia preservada o una duración superior a 5 minutos. . Por lo general, es necesario combinar las características clínicas y pueden respaldarse con un electroencefalograma ictal simultáneo normal (aunque esto por sí solo no excluye todas las formas de epilepsia o síncope).

- Para síntomas funcionales del habla: inconsistencias internas en la articulación y fonación del habla.
- Para síntomas visuales funcionales: un campo visual tubular (es decir, visión de túnel) y pruebas que indican inconsistencia interna en la agudeza visual, como la “prueba de empañamiento” (es decir, mientras el individuo ve la tabla optométrica con ambos ojos abiertos, el “buen "El ojo está sutilmente nublado, por lo que cualquier visión binocular útil debe ser el resultado de una "mala" función ocular).

Es importante señalar que el diagnóstico de trastorno de síntomas neurológicos funcionales debe basarse en el cuadro clínico general y no en un único hallazgo clínico.

Funciones asociadas

Varias características asociadas pueden apoyar el diagnóstico de trastorno de síntomas neurológicos funcionales, aunque ninguna es específica. Puede haber antecedentes de otros síntomas o trastornos somáticos funcionales, especialmente relacionados con dolor y fatiga. El inicio puede estar asociado con estrés o trauma, ya sea de naturaleza psicológica o física. La posible relevancia etiológica de este estrés o trauma puede ser sugerida por una estrecha relación temporal. Sin embargo, si bien la evaluación del estrés y el trauma es importante, puede estar ausente hasta en el 50% de las personas, y el diagnóstico no debe negarse si no se encuentra ninguno.

El trastorno de síntomas neurológicos funcionales a menudo se asocia con síntomas disociativos,

Machine Translated by Google

como despersonalización, desrealización y amnesia disociativa, particularmente al inicio de los síntomas o durante los ataques.

El fenómeno de la belle indifférence (es decir, la falta de preocupación por la naturaleza o las implicaciones del síntoma) se ha asociado con el trastorno de síntomas neurológicos funcionales, pero no es específico y no debe utilizarse para hacer el diagnóstico. De manera similar, el concepto de ganancia secundaria (es decir, cuando los individuos obtienen beneficios externos como dinero o liberación de responsabilidades) tampoco es específico del trastorno de síntomas neurológicos funcionales.

Predominio

Los síntomas neurológicos funcionales transitorios son comunes, pero se desconoce la prevalencia precisa del trastorno. Según investigaciones realizadas en Estados Unidos y el norte de Europa, se estima que la incidencia de síntomas neurológicos funcionales persistentes individuales es de 4 a 12/100 000 por año. La prevalencia en clínicas especializadas parece ser mayor, aunque los datos son limitados. Por ejemplo, el 5% de los pacientes ambulatorios de entre 9 y 17 años en una clínica psiquiátrica japonesa y el 6% de los ingresos de adultos y adolescentes a un hospital psiquiátrico en Omán recibieron un diagnóstico consistente con un trastorno de síntomas neurológicos funcionales. En las clínicas de neurología, alrededor del 5% al 15% de las personas tienen un diagnóstico de trastorno de síntomas neurológicos funcionales en estudios realizados en Escocia y Australia.

El desarrollo y el inicio del curso se han

informado a lo largo del curso de la vida. El inicio medio de los ataques no epilépticos alcanza su punto máximo entre los 20 y los 29 años, y los síntomas motores tienen su inicio medio entre los 30 y 39 años. Los síntomas pueden ser transitorios o persistentes. El pronóstico puede ser mejor en niños más pequeños que en adolescentes y adultos.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los rasgos de personalidad desadaptativos, especialmente la inestabilidad emocional, se asocian comúnmente con el trastorno de síntomas neurológicos funcionales.

Ambiental. Puede haber antecedentes de abuso y negligencia infantil. Los acontecimientos vitales estresantes, incluidas las lesiones físicas, son factores desencadenantes comunes, pero no universales.

Genético y fisiológico. La presencia de una enfermedad neurológica que causa síntomas similares es un factor de riesgo (p. ej., alrededor de uno de cada cinco individuos con convulsiones funcionales [no epilépticas] también tiene epilepsia).

Modificadores de curso. La corta duración de los síntomas y la concordancia con el diagnóstico son factores de pronóstico positivo. Los rasgos de personalidad desadaptativos, la presencia de enfermedades físicas comórbidas y la recepción de prestaciones por discapacidad parecen ser factores de pronóstico negativo.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura Los

episodios de falta de respuesta (incluidas las convulsiones) y los síntomas motores son los síntomas neurológicos funcionales más comunes en los contextos culturales. Alta comorbilidad entre funcionales.

Machine Translated by Google

Los síntomas neurológicos y disociativos son comunes en todas las culturas, especialmente en personas con convulsiones no epilépticas. Los cambios que se asemejan a síntomas neurológicos funcionales (y disociativos) son comunes en ciertos rituales culturalmente sancionados. Si los síntomas se explican completamente dentro del contexto cultural particular y no resultan en malestar o discapacidad clínicamente significativa, entonces no se realiza el diagnóstico de trastorno de síntomas neurológicos funcionales.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género El

trastorno de síntomas neurológicos funcionales es dos o tres veces más común en mujeres en la mayoría de las presentaciones de síntomas. Un gran estudio clínico encontró tasas más altas de deterioro cognitivo y debilidad en los hombres y un mayor trauma sexual y físico pasado en las mujeres.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Los estudios de

cohortes de trastornos de síntomas neurológicos funcionales muestran en su mayoría tasas más altas de pensamientos e intentos suicidas. Los individuos con síntomas funcionales en una clínica de neurología tienen una tasa más alta de pensamientos suicidas que los individuos con una enfermedad neurológica reconocida. Un estudio realizado en Turquía de 100 pacientes psiquiátricos ambulatorios consecutivos con trastorno de síntomas neurológicos funcionales encontró que un historial de intento de suicidio se asociaba con un consumo de riesgo de alcohol, un historial de maltrato infantil y una mayor gravedad de los síntomas disociativos en comparación con aquellos que no intentaron suicidarse. .

Consecuencias funcionales del síntoma neurológico funcional Trastorno

Las personas con un trastorno de síntomas neurológicos funcionales pueden tener una discapacidad física sustancial. La gravedad de la discapacidad puede ser similar a la que experimentan personas con afecciones médicas reconocidas comparables.

Diagnóstico diferencial

Enfermedad neurológica reconocida. El principal diagnóstico diferencial es una enfermedad neurológica reconocida que podría explicar mejor los síntomas. Después de una evaluación neurológica exhaustiva, rara vez se encuentra en el seguimiento una enfermedad neurológica inesperada que cause los síntomas. Sin embargo, es posible que sea necesaria una nueva evaluación si los síntomas parecen ser progresivos. El trastorno de síntomas neurológicos funcionales comúnmente coexiste con una enfermedad neurológica reconocida y puede ser parte del estado prodrómico de algunas enfermedades neurológicas progresivas.

Trastorno de síntomas somáticos. El trastorno de síntomas neurológicos funcionales se puede diagnosticar en además del trastorno de síntomas somáticos. La mayoría de los síntomas somáticos.

No se puede demostrar que los trastornos encontrados en el trastorno de síntomas somáticos sean claramente incompatibles con una enfermedad neurológica o médica reconocida, mientras que en el trastorno de síntomas neurológicos funcionales, dicha incompatibilidad es necesaria para el diagnóstico.

Trastorno facticio y simulación. El trastorno de síntomas neurológicos funcionales describe síntomas genuinamente experimentados que no se producen intencionalmente (es decir, no son fingidos). Sin embargo, definitivamente

Machine Translated by Google

la evidencia de simulación (p. ej., marcada discrepancia entre las actividades de la vida diaria informadas y observadas) sugeriría simulación si el objetivo aparente del individuo es obtener una recompensa externa obvia, o un trastorno ficticio en ausencia de dicha recompensa.

Trastornos disociativos. Los síntomas disociativos son comunes en personas con trastorno de síntomas neurológicos funcionales. Si están presentes tanto un trastorno de síntomas neurológicos funcionales como un trastorno disociativo, se deben realizar ambos diagnósticos.

Desórden dismórfico del cuerpo. Las personas con trastorno dismórfico corporal están excesivamente preocupadas por un defecto percibido en su apariencia física, pero no se quejan de síntomas de funcionamiento sensorial o motor en la parte del cuerpo afectada.

Trastornos depresivos. En los trastornos depresivos, los individuos pueden informar pesadez general de sus extremidades, mientras que la debilidad del trastorno de síntomas neurológicos funcionales es más focal y prominente. Los trastornos depresivos también se diferencian por la presencia de síntomas depresivos centrales.

Trastorno de pánico. Los síntomas neurológicos episódicos (p. ej., temblor y parestesia) pueden ocurrir tanto en el trastorno de síntomas neurológicos funcionales como en los ataques de pánico. En los ataques de pánico, los síntomas neurológicos suelen estar asociados con síntomas cardiorrespiratorios característicos y retención de la conciencia. La pérdida de conciencia con amnesia del ataque ocurre en las convulsiones funcionales, pero no en los ataques de pánico.

Comorbilidad Los trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de pánico, y los trastornos depresivos suelen coexistir con el trastorno de síntomas neurológicos funcionales. También puede coexistir un trastorno de síntomas somáticos. Los trastornos de la personalidad son más comunes en personas con trastorno de síntomas neurológicos funcionales que en la población general. Las afecciones neurológicas u otras afecciones médicas comúnmente también coexisten con el trastorno de síntomas neurológicos funcionales.

Factores psicológicos que afectan a otros médicos. Condiciones

Criterios de diagnóstico	F54

R. Está presente un síntoma o condición médica (que no sea un trastorno mental).

B. Los factores psicológicos o conductuales afectan negativamente la afección médica de una de las siguientes maneras: 1. Los

factores han influido en el curso de la afección médica, como lo demuestra una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo, la exacerbación o el retraso. recuperación de la condición médica.

2. Los factores interfieren con el tratamiento de la afección médica (p. ej., mala adherencia).

Machine Translated by Google

3. Los factores constituyen riesgos adicionales para la salud bien establecidos para el individual.

4. Los factores influyen en la fisiopatología subyacente, precipitando o exacerbando los síntomas o requiriendo atención médica.

C. Los factores psicológicos y conductuales del Criterio B no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de pánico, trastorno depresivo mayor, trastorno de estrés postraumático).

Especifique la gravedad

actual: Leve: aumenta el riesgo médico (p. ej., adherencia inconsistente al tratamiento antihipertensivo).

Moderado: Agrava la condición médica subyacente (p. ej., ansiedad que agrava el asma).

Grave: resulta en hospitalización médica o visita a la sala de emergencias.

Extremo: produce un riesgo grave que pone en peligro la vida (p. ej., ignorar los síntomas de un ataque cardíaco).

Características diagnósticas

La característica esencial de los factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas es la presencia de uno o más factores psicológicos o conductuales clínicamente significativos que afectan negativamente una condición médica al aumentar el riesgo de sufrimiento, muerte o discapacidad (Criterio B). Estos factores pueden afectar negativamente la afección médica al influir en su curso o tratamiento, al constituir un factor de riesgo para la salud adicional bien establecido o al influir en la fisiopatología subyacente para precipitar o exacerbar los síntomas o necesitar atención médica.

Los factores psicológicos o conductuales incluyen angustia psicológica, patrones de interacción interpersonal, estilos de afrontamiento y conductas de salud desadaptativas, como la negación de los síntomas o el cumplimiento deficiente de las recomendaciones médicas. Ejemplos clínicos comunes son el asma que exacerba la ansiedad, la negación de la necesidad de tratamiento para el dolor torácico agudo y la manipulación de la insulina por parte de un individuo con diabetes que desea perder peso. Se ha demostrado que muchos factores psicológicos diferentes influyen negativamente en las condiciones médicas; por ejemplo, síntomas de depresión o ansiedad, acontecimientos vitales estresantes, estilo de relación, rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento. Los efectos adversos pueden variar desde agudos, con consecuencias médicas inmediatas (p. ej., miocardiopatía de Takotsubo), hasta crónicos, que ocurren durante un largo período de tiempo (p. ej., estrés ocupacional crónico que aumenta el riesgo de hipertensión). Las afecciones médicas afectadas pueden ser aquellas con fisiopatología clara (p. ej., diabetes, cáncer, enfermedad coronaria), síndromes funcionales (p. ej., migraña, síndrome del intestino irritable, fibromialgia) o síntomas médicos idiopáticos (p. ej., dolor, fatiga, mareos).

Este diagnóstico debe reservarse para situaciones en las que el efecto del factor psicológico sobre la afección médica es evidente y el factor psicológico tiene efectos clínicamente significativos sobre el curso o resultado de la afección médica. Psicológico o conductual anormal

Machine Translated by Google

Los síntomas que se desarrollan en respuesta a una afección médica se codifican más adecuadamente como un trastorno de adaptación (una respuesta psicológica clínicamente significativa a un factor estresante identificable).
Debe haber evidencia razonable para sugerir una asociación entre los factores psicológicos y la condición médica, aunque a menudo puede no ser posible demostrar una causalidad directa o los mecanismos subyacentes a la relación.

Predominio

La prevalencia de factores psicológicos que afectan otras afecciones médicas no está clara. En los datos de facturación de seguros privados de EE. UU., fue un diagnóstico más común que los trastornos de síntomas somáticos del DSM-IV.

Desarrollo y evolución

Los factores psicológicos que afectan otras afecciones médicas pueden ocurrir a lo largo de la vida.
Especialmente en el caso de niños pequeños, la historia corroborativa de los padres o de la escuela puede ayudar a

evaluación diagnóstica. Algunas condiciones son características de etapas particulares de la vida (p. ej., en personas mayores, el estrés asociado con actuar como cuidador de un cónyuge o pareja enfermo).

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

Muchas diferencias entre contextos culturales pueden influir en los factores psicológicos y sus efectos en las condiciones médicas, como el lenguaje y el estilo de comunicación, los modismos de angustia, los modelos explicativos de la enfermedad, los patrones de búsqueda de atención médica, la disponibilidad y organización de los servicios. relaciones médico-paciente y otras prácticas curativas, roles familiares y de género, y actitudes hacia el dolor y la muerte. Los factores psicológicos que afectan otras afecciones médicas deben diferenciarse de las conductas de afrontamiento culturalmente específicas, como el acceso a curanderos religiosos, espirituales o tradicionales u otras variaciones en el manejo de la enfermedad que sean aceptables dentro de contextos culturales y representen un intento de ayudar a curar la afección médica. Estas prácticas locales pueden complementar, en lugar de obstaculizar, las intervenciones basadas en evidencia. El uso de prácticas curativas alternativas puede retrasar el uso de servicios médicos y afectar los resultados, pero cuando la intención de la práctica curativa es abordar el problema de una manera culturalmente sancionada, estas prácticas no deben patologizarse como factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas.

Consecuencias funcionales de los factores psicológicos que afectan a otros Condiciones médicas

Se ha demostrado que los factores psicológicos y conductuales afectan el curso de muchas enfermedades médicas.

Diagnóstico diferencial

Trastorno mental debido a otra condición médica. Una asociación temporal entre los síntomas de un trastorno mental y los de una afección médica también es característica de un trastorno mental debido a otra afección médica, pero la presunta causalidad va en la dirección opuesta. en un mental

Machine Translated by Google

trastorno debido a otra afección médica, se considera que la afección médica causa el trastorno mental a través de un mecanismo fisiológico directo. En los factores psicológicos que afectan otras afecciones médicas, se considera que los factores psicológicos o conductuales afectan el curso de la afección médica.

Trastornos de adaptación. Los síntomas psicológicos o conductuales anormales que se desarrollan en respuesta a una afección médica se codifican más adecuadamente como un trastorno de adaptación (una respuesta psicológica clínicamente significativa a un factor estresante identificable). Por ejemplo, a un individuo con angina que se precipita cada vez que se enfurece se le diagnosticaría que tiene factores psicológicos que afectan otras afecciones médicas, mientras que a un individuo con angina que desarrolló ansiedad anticipatoria desadaptativa se le diagnosticaría un trastorno de adaptación con ansiedad. Sin embargo, en la práctica clínica, los factores psicológicos y una condición médica a menudo se exacerban mutuamente (p. ej., la ansiedad como precipitante y consecuencia de la angina), en cuyo caso la distinción es arbitraria. Otros trastornos mentales frecuentemente resultan en complicaciones médicas, más notablemente trastornos por consumo de sustancias (p. ej., trastorno por consumo de alcohol, trastorno por consumo de tabaco). Si un individuo tiene un trastorno mental importante coexistente que afecta negativamente o causa otra afección médica, el diagnóstico del trastorno mental y de la afección médica suele ser suficiente. Los factores psicológicos que afectan otras afecciones médicas se diagnostican cuando los rasgos o comportamientos psicológicos no cumplen con los criterios para un diagnóstico mental.

Trastorno de síntomas somáticos. El trastorno de síntomas somáticos se caracteriza por una combinación de síntomas somáticos angustiantes y pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos o desadaptativos en respuesta a estos síntomas o problemas de salud asociados. El individuo puede tener o no una condición médica diagnosticable. Por el contrario, en los factores psicológicos

afectando otras condiciones médicas, los factores psicológicos afectan adversamente una condición médica; Los pensamientos, sentimientos y comportamiento del individuo no son necesariamente excesivos. La diferencia es de énfasis, más que de una distinción clara. En los factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas, el énfasis está en la exacerbación de la afección médica (p. ej., un individuo con angina que se precipita cada vez que se vuelve ansioso). En el trastorno de síntomas somáticos, el énfasis está en pensamientos, sentimientos y comportamientos desadaptativos (p. ej., un individuo con angina que se preocupa constantemente de sufrir un ataque cardíaco, se toma la presión arterial varias veces al día y restringe sus actividades).

Trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad por enfermedad se caracteriza por una alta ansiedad ante la enfermedad que es angustiosa y/o perturbadora de la vida diaria con síntomas somáticos mínimos. El foco de preocupación clínica es la preocupación del individuo por tener una enfermedad; en la mayoría de los casos, no hay ninguna enfermedad grave. En los factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas, la ansiedad puede ser un factor psicológico relevante que afecta una afección médica, pero la preocupación clínica son los efectos adversos sobre la afección médica.

Comorbilidad

Por definición, el diagnóstico de factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas implica un síndrome o rasgo psicológico o conductual relevante y una condición médica comórbida.

Machine Translated by Google

Criterios de diagnóstico

Trastorno facticio impuesto a uno mismo F68.10

A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, asociada con el engaño identificado.

B. El individuo se presenta ante otros como enfermo, impedido o herido.

C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de evidencia externa obvia. recompensas.

D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

Especificar: Episodio

único Episodios recurrentes (dos o más eventos de simulación de enfermedad y/o inducción de lesión)

Trastorno facticio impuesto a otro (previamente facticio Trastorno por poder) F68.A

A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, en otro, asociado con engaño identificado.

B. El individuo presenta a otro individuo (víctima) ante otros como enfermo, deteriorado o herido.

C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de evidencia externa obvia. recompensas.

D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

Nota: El perpetrador, no la víctima, recibe este diagnóstico.

Especificar: Episodio

único Episodios recurrentes (dos o más eventos de simulación de enfermedad y/o inducción de lesión)

Procedimientos de registro

Cuando un individuo finge una enfermedad en otro (p. ej., niños, adultos, mascotas), el diagnóstico es un trastorno ficticio impuesto a otro. El diagnóstico se da al perpetrador, no a la víctima.

Machine Translated by Google

A la víctima se le puede dar un diagnóstico de abuso (p. ej., T74.12X; consulte el capítulo “Otras afecciones que pueden ser un foco de atención clínica”). Si un individuo con un trastorno facticio impuesto a otro también ha representado engañosamente su propia enfermedad o lesión, se puede diagnosticar tanto el trastorno facticio impuesto a uno mismo como a otro.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno facticio es la falsificación de signos y síntomas médicos o psicológicos en el individuo o en otros que están asociados con el engaño identificado.
Las personas con trastorno facticio también pueden buscar tratamiento para ellos mismos o para otros después de la inducción de una lesión o enfermedad. El diagnóstico requiere demostrar que el individuo está tomando acciones subrepticias para tergiversar, simular o causar signos o síntomas de enfermedad o lesión, incluso en ausencia de recompensas externas obvias. El diagnóstico de trastorno facticio enfatiza la identificación objetiva de la falsificación de signos y síntomas de enfermedad y no las motivaciones individuales del falsificador. Los métodos de falsificación de enfermedades pueden incluir exageración, fabricación, simulación e inducción. Si bien puede haber una condición médica preexistente, el comportamiento engañoso o la inducción de daño asociado con el engaño hace que otros vean a dichos individuos (o, en el caso de un trastorno facticio impuesto a otro, a la víctima) como más enfermos o deteriorados, y esto puede conducir a una intervención clínica excesiva. Las personas con trastorno facticio podrían, por ejemplo, informar sentimientos de depresión y pensamientos o comportamientos suicidas después de la muerte de un cónyuge a pesar de que la muerte no sea cierta o de que el individuo no tenga cónyuge; informar engañosamente episodios de síntomas neurológicos (p. ej., convulsiones, mareos o desmayos); manipular una prueba de laboratorio (p. ej., añadiendo sangre a la orina) para indicar falsamente una anomalía; falsificar registros médicos para indicar una enfermedad; ingerir una sustancia (p. ej., insulina o warfarina) para inducir un resultado de laboratorio anormal o una enfermedad; o lesionarse físicamente o inducir una enfermedad en sí mismos o en otros (p. ej., inyectando materia fecal para producir un absceso o inducir sepsis). Aunque las personas con trastorno facticio con mayor frecuencia acuden a profesionales de la salud para recibir tratamiento de sus síntomas facticios, algunas personas con trastorno facticio optan por engañar a los miembros de la comunidad en persona o en línea sobre enfermedades o lesiones sin necesariamente involucrar a los profesionales de la salud.

Funciones asociadas

Las personas con un trastorno facticio impuesto a sí mismo o un trastorno facticio impuesto a otra persona corren el riesgo de experimentar una gran angustia psicológica o deterioro funcional al causarse daño a sí mismos y a los demás. Los familiares, amigos, líderes religiosos y profesionales de la salud también suelen verse afectados negativamente por su comportamiento (p. ej., tiempo, atención y recursos dedicados para brindar atención médica y apoyo emocional al falsificador). Los individuos con trastorno facticio impuesto a otros a veces alegan falsamente la presencia de déficits educativos o discapacidades en sus hijos por los que exigen una atención especial, a menudo con considerables molestias para los profesionales de la educación.

Mientras que algunos aspectos de los trastornos ficticios pueden representar una conducta criminal (por ejemplo, un trastorno ficticio impuesto a otro, en el que las acciones de los padres representan abuso y maltrato de un niño), dicha conducta criminal y la enfermedad mental no son mutuamente excluyentes. Además, tales comportamientos, incluida la inducción de lesiones o enfermedades, están asociados con el engaño.

Machine Translated by Google

Predominio

Se desconoce la prevalencia del trastorno facticio, probablemente debido al papel del engaño en esta población. Lo que complica aún más los esfuerzos por determinar la prevalencia es el hecho de que los profesionales de la salud rara vez registran el diagnóstico, incluso en los casos reconocidos.

Según un estudio de pacientes hospitalizados en hospitales generales de Estados Unidos remitidos a consulta psiquiátrica, se estima que casi el 1% presenta presentaciones que cumplen los criterios de trastorno facticio. El trastorno facticio impuesto a uno mismo o a otros parece encontrarse con más frecuencia en entornos de atención terciaria que en los de atención primaria.

Desarrollo y evolución El curso del

trastorno facticio suele ser de episodios intermitentes. Los episodios únicos y los episodios que se caracterizan por ser persistentes e incesantes son menos comunes. El inicio suele producirse en la edad adulta temprana, a menudo después de la hospitalización por una afección médica o un trastorno mental. Cuando se impone a otra persona, el trastorno puede comenzar después de la hospitalización del hijo o de otro dependiente del individuo. En personas con episodios recurrentes de falsificación de signos y síntomas de enfermedad y/o inducción de lesión, este patrón de contacto engañoso sucesivo con el personal médico, incluidas hospitalizaciones, puede durar toda la vida.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Si bien

se desconoce la prevalencia, un análisis conjunto de todas las series de casos y estudios encuentra que dos tercios de las personas con trastorno facticio son mujeres y un tercio son hombres.

Diagnóstico diferencial

Engaño para evitar responsabilidad legal. A los cuidadores que mienten sobre lesiones por abuso a dependientes únicamente para protegerse de la responsabilidad no se les diagnostica un trastorno facticio impuesto a otra persona porque la protección contra la responsabilidad es una recompensa externa (Criterio C, el comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensas externas obvias). A los cuidadores que, tras la observación, el análisis de los registros médicos y/o las entrevistas con otras personas, se descubre que mienten más de lo necesario para su autoprotección inmediata, se les diagnostica un trastorno ficticio impuesto a otra persona.

Síntoma somático y trastornos relacionados. En el trastorno de síntomas somáticos y el tipo de trastorno de ansiedad por enfermedad que busca atención, puede haber atención y tratamiento excesivos para problemas médicos percibidos, pero no hay evidencia de que el individuo esté proporcionando información falsa o comportándose de manera engañosa.

Proceso de enfermedad. La simulación se diferencia del trastorno ficticio por la notificación intencional de síntomas para beneficio personal (p. ej., dinero, tiempo libre en el trabajo). Por el contrario, el diagnóstico de trastorno facticio requiere que la falsificación de la enfermedad no se deba plenamente a las recompensas externas.
Sin embargo, el desorden facticio y la simulación no son mutuamente excluyentes. Los motivos en cualquier caso pueden ser múltiples y cambiantes dependiendo de las circunstancias y reacciones de los demás.

Machine Translated by Google

Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión). El trastorno de síntomas neurológicos funcionales se caracteriza por síntomas neurológicos que son inconsistentes con la fisiopatología neurológica. El trastorno facticio con síntomas neurológicos se distingue del trastorno con síntomas neurológicos funcionales por la evidencia de una falsificación engañosa de los síntomas.

Trastorno límite de la personalidad. La autolesión física deliberada en ausencia de intención suicida también puede ocurrir en asociación con otros trastornos mentales, como el trastorno límite de la personalidad.

El trastorno facticio requiere que la inducción de daño ocurra en asociación con el engaño.

Condición médica o trastorno mental no asociado con la falsificación intencional de síntomas. de signos Presentación y síntomas de enfermedad que no se ajustan a una condición médica o trastorno mental identificable aumenta la probabilidad de la presencia de un trastorno facticio. Sin embargo, el diagnóstico de trastorno facticio no excluye la

presencia de una verdadera condición médica o trastorno mental, ya que la enfermedad comórbida a menudo ocurre en el individuo junto con un trastorno facticio. Por ejemplo, las personas que podrían manipular los niveles de azúcar en sangre para producir síntomas también pueden tener diabetes.

Otros síntomas somáticos especificados y trastornos relacionados

F45.8

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un síntoma somático y un trastorno relacionado que causa malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos en el sistema somático. Clase diagnóstica de síntomas y trastornos relacionados.

Ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” incluyen los siguientes: 1. Trastorno de síntomas somáticos breves: la duración de los síntomas es inferior a 6 meses.

2. Trastorno de ansiedad por enfermedad breve: la duración de los síntomas es inferior a 6 meses.
3. Trastorno de ansiedad por enfermedad sin conductas excesivas relacionadas con la salud o evitación desadaptativa: no se cumple el Criterio D para el trastorno de ansiedad por enfermedad.
4. Pseudociesis: Falsa creencia de estar embarazada que se asocia con objetivos signos y síntomas reportados del embarazo.

Síntoma somático no especificado y trastorno relacionado

F45.9

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que se presentan síntomas característicos de una enfermedad somática.

Machine Translated by Google

Predominan los síntomas y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos en la clase diagnóstica de síntomas somáticos y trastornos relacionados. La categoría de síntomas somáticos no especificados y trastornos relacionados no debe utilizarse a menos que existan situaciones decididamente inusuales en las que no haya información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Trastornos de la alimentación y la alimentación

Los trastornos de la alimentación y de la alimentación se caracterizan por una alteración persistente de la alimentación o de la conducta relacionada con la alimentación que da lugar a una alteración del consumo o la absorción de los alimentos y que perjudica significativamente la salud física o el funcionamiento psicosocial. Se proporcionan criterios de diagnóstico para pica, trastorno de rumiación, trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón.

Los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón dan como resultado un esquema de clasificación que es mutuamente excluyente, de modo que durante un único episodio sólo se puede asignar uno de estos diagnósticos. El fundamento de este enfoque es que, a pesar de una serie de características psicológicas y conductuales comunes, los trastornos difieren sustancialmente en el curso clínico, los resultados y las necesidades de tratamiento.

Algunas personas con los trastornos descritos en este capítulo informan síntomas relacionados con la alimentación que se asemejan a los que suelen presentar las personas con trastornos por uso de sustancias, como ansias y patrones de consumo compulsivo. Esta semejanza puede reflejar la participación de los mismos sistemas neuronales, incluidos los implicados en el autocontrol regulatorio y la recompensa, en ambos grupos de trastornos. Sin embargo, las contribuciones relativas de factores compartidos y distintos en el desarrollo y la perpetuación de los trastornos alimentarios y por uso de sustancias siguen sin comprenderse lo suficiente.

Finalmente, la obesidad no está incluida en el DSM-5 como trastorno mental. La obesidad (exceso de grasa corporal) resulta del exceso a largo plazo de la ingesta de energía en relación con el gasto de energía. Una variedad de factores genéticos, fisiológicos, conductuales y ambientales que varían entre los individuos contribuyen al desarrollo de la obesidad; por tanto, la obesidad no se considera un trastorno mental.
Sin embargo, existen asociaciones sólidas entre la obesidad y una serie de trastornos mentales (p. ej., trastorno por atracón, trastornos depresivos y bipolares, esquizofrenia). Los efectos secundarios de algunos medicamentos psicotrópicos contribuyen de manera importante al desarrollo de la obesidad, y la obesidad puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de algunos trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos).

Pica

Criterios de diagnóstico

A. Consumo persistente de sustancias no nutritivas ni alimenticias durante un período de al menos 1 mes.

B. El consumo de sustancias no nutritivas ni alimenticias es inapropiado para el nivel de desarrollo del individuo.

C. La conducta alimentaria no forma parte de una norma social o culturalmente respaldada. práctica.

Machine Translated by Google

D. Si la conducta alimentaria ocurre en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia) o condición médica (incluido el embarazo), es lo suficientemente grave como para justificar atención clínica adicional.

Nota de codificación: Los códigos CIE-10-CM para pica son F98.3 en niños y F50.89 en adultos.

Especifique

si: En remisión: después de que se cumplieron todos los criterios para la pica, los criterios no se han cumplido durante un período prolongado.

Características diagnósticas La

característica esencial de la pica es la ingestión de una o más sustancias no nutritivas ni alimenticias de manera persistente durante un período de al menos 1 mes (Criterio A) que es lo suficientemente grave como para justificar atención clínica. Las sustancias típicas ingeridas tienden a variar con la edad y la disponibilidad y pueden incluir papel, jabón, tela, cabello, hilo, lana, tierra, tiza, talco, pintura, goma de mascar, metal, guijarros, carbón vegetal, ceniza, arcilla, almidón, o hielo. Se incluye el término no alimentario porque el diagnóstico de pica no se aplica a la ingestión de productos dietéticos que tienen un contenido nutricional mínimo. Por lo general, no existe aversión a la comida. El consumo de sustancias no nutritivas y no alimentarias debe ser inapropiado para el desarrollo (Criterio B) y no ser parte de una práctica socialmente normativa o apoyada culturalmente (Criterio C). Se sugiere una edad mínima de 2 años para el diagnóstico de pica a fin de excluir que los bebés lleven objetos a la boca desde el punto de vista del desarrollo normal y que resulten en ingestión. El consumo de sustancias no nutritivas ni alimenticias puede ser una característica asociada de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia). Si la conducta alimentaria ocurre exclusivamente en el contexto de otro trastorno mental, se debe realizar un diagnóstico separado de pica sólo si la conducta alimentaria es lo suficientemente grave como para justificar atención clínica adicional (Criterio D).

Funciones asociadas

Aunque se han informado deficiencias de vitaminas o minerales (p. ej., zinc, hierro), a menudo no se encuentran anomalías biológicas específicas. En algunos casos, la pica llega a la atención clínica sólo después de complicaciones médicas generales (p. ej., problemas intestinales mecánicos; obstrucción intestinal, como la resultante de un bezoar; perforación intestinal; infecciones como toxoplasmosis y toxocariasis como resultado de la ingestión de heces o suciedad; envenenamiento, como por ingestión de pintura a base de plomo).

Predominio

Datos limitados sugieren que la prevalencia de la pica es aproximadamente del 5% entre los niños en edad escolar. Aproximadamente un tercio de las mujeres embarazadas, especialmente aquellas con inseguridad alimentaria (es decir, sin acceso confiable a alimentos nutritivos y asequibles), sufren pica. Las condiciones asociadas con la pica incluyen la falta de alimentos disponibles y la deficiencia de vitaminas.

Machine Translated by Google

Desarrollo y evolución La aparición de la

pica puede ocurrir en la niñez, la adolescencia o la edad adulta, aunque el inicio en la niñez es el más comúnmente reportado. La pica puede ocurrir en niños con un desarrollo normal, mientras que en los adultos parece más probable que ocurra en el contexto de un trastorno del desarrollo intelectual u otros trastornos mentales. El curso del trastorno puede ser prolongado y provocar emergencias médicas (p. ej., obstrucción intestinal, pérdida aguda de peso, intoxicación). El trastorno puede ser potencialmente mortal dependiendo de las sustancias ingeridas.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La negligencia, la falta de supervisión y el retraso en el desarrollo pueden aumentar el riesgo de esta condición.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

En algunas poblaciones, se cree que comer tierra u otras sustancias aparentemente no nutritivas tiene un valor espiritual, medicinal u otro valor social, o puede ser una opción apoyada culturalmente.

o práctica socialmente normativa. Tal comportamiento no garantiza un diagnóstico de pica (Criterio C). El comportamiento de Pica puede prevalecer en algunos grupos culturales, pero no se debe asumir que es socialmente normativo sin una evaluación adicional.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género La pica

ocurre en ambos sexos. El consumo de sustancias no nutritivas ni alimenticias puede manifestarse durante el embarazo, cuando pueden aparecer antojos específicos (p. ej., tiza o hielo). El diagnóstico de pica durante el embarazo es apropiado sólo si dichos antojos conducen a la ingestión de sustancias no nutritivas ni alimenticias en la medida en que el consumo de estas sustancias plantea riesgos médicos potenciales. Un metanálisis mundial mostró que la tasa de prevalencia de pica es del 28% durante el embarazo y/o el período posparto.

Marcadores de diagnóstico La

radiografía de placa plana abdominal, la ecografía y otros métodos de exploración pueden revelar obstrucciones relacionadas con la pica. Se pueden utilizar análisis de sangre y otras pruebas de laboratorio para determinar los niveles de intoxicación o la naturaleza de la infección.

Consecuencias funcionales de Pica Pica puede afectar

significativamente el funcionamiento físico, pero rara vez es la única causa de deterioro del funcionamiento social. Pica a menudo ocurre con otros trastornos asociados con un funcionamiento social deteriorado.

Diagnóstico diferencial

El consumo de sustancias no nutritivas ni alimenticias puede ocurrir durante el curso de otros trastornos mentales.

Machine Translated by Google

(p. ej., trastorno del espectro autista, esquizofrenia) y en el síndrome de Kleine-Levin. En cualquier caso, se debe realizar un diagnóstico adicional de pica sólo si la conducta alimentaria es lo suficientemente persistente y grave como para justificar atención clínica adicional.

Anorexia nerviosa. La pica generalmente se puede distinguir de otros trastornos de la alimentación y de la alimentación por el consumo de sustancias no nutritivas ni alimenticias. Es importante señalar, sin embargo, que algunas presentaciones de anorexia nerviosa incluyen la ingestión de sustancias no nutritivas ni alimenticias, como pañuelos de papel, como medio para intentar controlar el apetito. En tales casos, cuando el consumo de sustancias no nutritivas ni alimenticias se utiliza principalmente como medio para controlar el peso, el diagnóstico principal debe ser la anorexia nerviosa.

Trastorno facticio. Algunos individuos con trastorno facticio pueden ingerir intencionalmente objetos extraños como parte del patrón de falsificación de síntomas físicos. En tales casos, hay un elemento de engaño que es consistente con la inducción deliberada de lesión o enfermedad.

Autolesión no suicida y conductas de autolesión no suicida en los trastornos de la personalidad. Algunos individuos pueden tragar elementos potencialmente dañinos (p. ej., alfileres, agujas, cuchillos) en el contexto de patrones de conducta desadaptativos asociados con trastornos de la personalidad o autolesiones no suicidas.

Los trastornos de comorbilidad que más comúnmente se asocian con la pica son el trastorno del espectro autista y el trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) y, en menor grado, la esquizofrenia y el trastorno obsesivo-compulsivo. La pica puede estar asociada con la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) y el trastorno de excoriación (hurgarse la piel). En presentaciones comórbidas, normalmente se ingiere el cabello o la piel. La pica también puede estar asociada con un trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, particularmente en individuos con un fuerte componente sensorial en su presentación. Cuando se sabe que un individuo tiene pica, la evaluación debe incluir la consideración de la posibilidad de complicaciones gastrointestinales, intoxicación, infección y deficiencia nutricional.

Trastorno de rumiación

Criterios de diagnóstico F98.21

A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período de al menos 1 mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, tragar o escupir.

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

C. El trastorno alimentario no ocurre exclusivamente durante el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón o el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

D. Si los síntomas ocurren en el contexto de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual] u otro trastorno del desarrollo neurológico).

Machine Translated by Google

trastorno), son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica adicional.

Especifique

si: En remisión: después de que se cumplieron todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período prolongado.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de rumiación es la regurgitación repetida de alimentos que ocurre después de alimentarse o comer durante un período de al menos 1 mes (Criterio A). Los alimentos previamente ingeridos que pueden estar parcialmente digeridos regresan a la boca sin náuseas aparentes, arcadas involuntarias o asco. La comida se puede volver a masticar y luego expulsar de la boca o volver a tragar. La regurgitación en el trastorno de la rumia debe ser frecuente y ocurrir al menos varias veces por semana, generalmente a diario. El comportamiento no se explica mejor por una afección gastrointestinal u otra afección médica asociada (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica)
(Criterio B) y no ocurre exclusivamente durante el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón o el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (Criterio C). Si los síntomas ocurren en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual]), deben ser lo suficientemente graves como para justificar atención clínica adicional (Criterio D) y deben representar un aspecto primario de la presentación del individuo que requiere intervención. El trastorno se puede diagnosticar a lo largo de la vida, particularmente en personas que también tienen un trastorno del desarrollo intelectual. El médico puede observar directamente a muchas personas con trastorno de rumiación participando en el comportamiento. En otros casos, el diagnóstico se puede realizar sobre la base de autoinforme o información corroborativa de los padres o cuidadores. Los individuos pueden describir el comportamiento como habitual o fuera de su control.

Funciones asociadas

Los bebés con trastorno de rumiación muestran una posición característica de forzar y arquear la espalda con la cabeza hacia atrás, realizando movimientos de succión con la lengua. Pueden dar la impresión de obtener satisfacción de la actividad. Pueden estar irritables y hambrientos entre episodios de regurgitación. La pérdida de peso y la imposibilidad de lograr los aumentos de peso esperados son características comunes en los bebés con trastorno de rumiación. La desnutrición puede ocurrir a pesar del aparente hambre del lactante y de la ingestión de cantidades relativamente grandes de alimentos, particularmente en casos graves, cuando la regurgitación sigue inmediatamente a cada episodio de alimentación y la comida regurgitada es expulsada. La desnutrición también puede ocurrir en niños mayores y adultos, particularmente cuando la regurgitación va acompañada de una restricción de la ingesta. Los adolescentes y adultos pueden intentar disfrazar el comportamiento de regurgitación tapándose la boca con la mano o tosiendo. Algunos evitarán comer con otros debido a la reconocida indeseabilidad social del grupo.

comportamiento. Esto puede extenderse a evitar comer antes de situaciones sociales, como el trabajo o la escuela (p. ej., evitar el desayuno porque puede ir seguido de regurgitación).

Predominio

Machine Translated by Google

Aunque históricamente el trastorno de rumiación se describió principalmente entre personas con discapacidad intelectual, los limitados datos europeos disponibles sobre la prevalencia sugieren que el trastorno puede ocurrir en aproximadamente 1% a 2% de los niños en edad escolar primaria.

Desarrollo y evolución

El inicio del trastorno de rumiación puede ocurrir en la infancia, la niñez, la adolescencia o la edad adulta. La edad de aparición en los bebés suele ser entre los 3 y los 12 meses. En los lactantes, el trastorno suele remitir espontáneamente, pero su curso puede ser prolongado y provocar emergencias médicas (p. ej., desnutrición grave). Puede ser potencialmente mortal, especialmente en la infancia.

El trastorno de rumiación puede tener un curso episódico o ocurrir de forma continua hasta que se trate. En los bebés, así como en personas mayores con trastornos del desarrollo intelectual u otros trastornos del desarrollo neurológico, el comportamiento de regurgitación y rumia parece tener una función autocalmante o autoestimulante, similar a la de otros comportamientos motores repetitivos como golpearse la cabeza.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Los problemas psicosociales como la falta de estimulación, el abandono, las situaciones estresantes de la vida y los problemas en la relación entre padres e hijos pueden ser factores predisponentes en los bebés y los niños pequeños.

Consecuencias funcionales del trastorno de la rumiación

La desnutrición secundaria a regurgitaciones repetidas puede estar asociada con un retraso en el crecimiento y tener un efecto negativo sobre el desarrollo y el potencial de aprendizaje. Algunas personas mayores con trastorno de rumiación restringen deliberadamente su ingesta de alimentos debido a la indeseabilidad social de la regurgitación. Por tanto, pueden presentar pérdida de peso o bajo peso. En niños mayores, adolescentes y adultos, es más probable que el funcionamiento social se vea afectado negativamente.

Diagnóstico diferencial

Condiciones gastrointestinales. Es importante diferenciar la regurgitación en el trastorno de la rumia de otras afecciones caracterizadas por reflujo gastroesofágico o vómitos, como gastroparesia, estenosis pilórica, hernia de hiato y síndrome de Sandifer en lactantes. Estas otras afecciones médicas generalmente se pueden descartar basándose en la historia clínica y la observación clínica.

Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Las personas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa también pueden sufrir regurgitaciones y luego escupir los alimentos como medio para deshacerse de las calorías ingeridas debido a la preocupación por el aumento de peso.

Comorbilidad

La regurgitación con rumiación asociada puede ocurrir en el contexto de una afección médica concurrente u otro trastorno mental (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada). Cuando la regurgitación ocurre en este contexto, un diagnóstico de trastorno de la rumiación es apropiado sólo cuando la gravedad del trastorno excede lo habitualmente asociado con tales condiciones o trastornos y justifica atención clínica adicional.

Machine Translated by Google

Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Criterios de diagnóstico F50.82

A. Una alteración de la alimentación (p. ej., aparente falta de interés en comer o comer; evitación basada en las características sensoriales de los alimentos; preocupación por las consecuencias aversivas de comer) asociada con uno (o más) de los siguientes: 1. Peso significativo pérdida (o no lograr el aumento de peso esperado o fallar crecimiento en los niños).
2. Deficiencia nutricional significativa.
3. Dependencia de alimentación enteral o suplementos nutricionales orales.
4. Marcada interferencia con el funcionamiento psicosocial.

B. La perturbación no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente sancionada.

C. El trastorno alimentario no ocurre exclusivamente durante el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay evidencia de un trastorno en la forma en que se experimenta el peso o la forma corporal.

D. El trastorno alimentario no es atribuible a una condición médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario ocurre en el contexto de otra condición o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede la habitualmente asociada con la condición o trastorno y justifica atención clínica adicional.

Especifique si:
En remisión: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período de tiempo sostenido.

Características diagnósticas

El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos reemplaza y amplía el diagnóstico del DSM-IV de trastorno alimentario de la infancia o la primera infancia para incluir a niños mayores, adolescentes y adultos. La principal característica diagnóstica del trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos es evitar o restringir la ingesta de alimentos que se asocia con una o más de las siguientes consecuencias: pérdida significativa de peso, deficiencia nutricional significativa (o impacto relacionado en la salud), dependencia de la alimentación enteral o oral. suplementos nutricionales o marcada interferencia con el funcionamiento psicosocial (Criterio A).

En algunas personas, la evitación o restricción de alimentos se basa en las características sensoriales de las cualidades de los alimentos, como la sensibilidad extrema a la apariencia, el color, el olor, la textura, la temperatura o el sabor. Este comportamiento se ha descrito como “alimentación restrictiva”, “alimentación selectiva”, “alimentación selectiva”, “alimentación perseverante”, “rechazo crónico de alimentos” y “neofobia alimentaria” y puede manifestarse como

Machine Translated by Google

Negarse a comer determinadas marcas de alimentos o tolerar el olor de los alimentos que otros comen.
Las personas con sensibilidades sensoriales elevadas asociadas con el autismo pueden mostrar comportamientos similares.

En otros individuos, la evitación o restricción de alimentos representa una respuesta negativa condicionada asociada con la ingesta de alimentos después o en anticipación de una experiencia aversiva, como la asfixia; un procedimiento traumático, que generalmente involucra el tracto gastrointestinal (p. ej., esofagoscopia); o vómitos repetidos. Los términos disfagia funcional y globo histérico también se han utilizado para tales afecciones.

En otros individuos, la evitación o restricción de alimentos se manifiesta como una falta de interés en comer o comer.

La determinación de si la pérdida de peso es significativa (Criterio A1) es un juicio clínico; en lugar de perder peso, los niños y adolescentes que no han completado su crecimiento pueden no mantener los aumentos de peso o altura a lo largo de su trayectoria de desarrollo.

La determinación de una deficiencia nutricional significativa (Criterio A2) también se basa en la evaluación clínica (p. ej., evaluación de la ingesta dietética, examen físico y pruebas de laboratorio), y el impacto relacionado en la salud física puede ser de una gravedad similar a la observada en la anorexia nerviosa (ej., hipotermia, bradicardia, anemia). En casos graves, especialmente en los bebés, la desnutrición puede poner en peligro la vida. "Dependencia" de la alimentación enteral o de suplementos nutricionales orales (Criterio A3) significa que se requiere alimentación suplementaria para mantener una ingesta adecuada. Ejemplos de personas que requieren alimentación suplementaria incluyen bebés con retraso del crecimiento que requieren alimentación por sonda nasogástrica, niños con trastornos del desarrollo neurológico que dependen de suplementos nutricionales completos y personas que dependen de alimentación por sonda de gastrostomía o suplementos nutricionales orales completos en ausencia de una base médica subyacente. condición. La incapacidad para participar en actividades sociales normales, como comer con otras personas, asistir a la escuela o al trabajo, o mantener relaciones como resultado de la alteración, indicaría una marcada interferencia con el funcionamiento psicosocial (Criterio A4). La alteración sustancial del funcionamiento familiar (p. ej., restricción marcada de los alimentos permitidos en el hogar, adaptaciones excesivas para proporcionar alimentos en tiendas de comestibles o restaurantes específicos) también puede satisfacer el Criterio A4.

El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos no incluye evitar o restringir la ingesta de alimentos relacionada con la falta de disponibilidad de alimentos (p. ej., inseguridad alimentaria) o con prácticas culturales (p. ej., ayuno religioso o dieta normal) (Criterio B). La alteración no se explica mejor por una preocupación excesiva por el peso o la forma corporal (Criterio C) o por factores médicos o trastornos mentales concurrentes (Criterio D).

Funciones asociadas

Varias características pueden estar asociadas con la evitación o la reducción de la ingesta de alimentos, y estas características pueden diferir según la edad. Los bebés muy pequeños pueden presentar rechazo de alimentos, náuseas o vómitos. Los bebés y niños pequeños no pueden interactuar con un cuidador principal durante la alimentación ni comunicar hambre en favor de otras actividades. En niños mayores y adolescentes, la evitación o restricción de alimentos puede estar asociada con dificultades emocionales más generalizadas que no cumplen con los criterios de diagnóstico de un trastorno de ansiedad, depresivo o bipolar, a veces llamado

Machine Translated by Google

"Trastorno emocional por evitación de alimentos".

Predominio

Hay poca información disponible sobre la prevalencia del trastorno por evitación o restricción de la ingesta de alimentos. Un estudio realizado en Australia informó una frecuencia del 0,3% entre personas de 15 años o más.

Desarrollo y evolución La evitación o

restricción de alimentos asociada con una ingesta insuficiente o falta de interés en comer se desarrolla más comúnmente en la infancia o la niñez temprana y puede persistir en la edad adulta. Asimismo, la evitación basada en características sensoriales de los alimentos tiende a surgir en la primera década de la vida, pero puede persistir hasta la edad adulta. La evitación relacionada con consecuencias aversivas puede surgir a cualquier edad. La escasa literatura sobre resultados a largo plazo sugiere que la evitación o restricción de alimentos basada en aspectos sensoriales es relativamente estable y duradera, pero cuando persiste hasta la edad adulta, dicha evitación/restricción puede asociarse con un funcionamiento relativamente normal. Actualmente no hay evidencia suficiente que vincule directamente el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos y la aparición posterior de un trastorno alimentario.

Los bebés con trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos pueden estar irritables y ser difíciles de consolar durante la alimentación, o pueden parecer apáticos y retraídos. En algunos casos, la interacción entre el cuidador y el niño puede contribuir al problema de alimentación del bebé (p. ej., presentar los alimentos de manera inapropiada o interpretar el comportamiento del bebé como un acto de agresión o rechazo). La ingesta nutricional inadecuada puede exacerbar las características asociadas (p. ej., irritabilidad, retrasos en el desarrollo) y contribuir aún más a las dificultades alimentarias.
Factores asociados

incluyen el temperamento infantil o deficiencias del desarrollo que reducen la capacidad de respuesta del bebé a la alimentación. Se sugiere la coexistencia de psicopatología parental, o abuso o negligencia infantil, si la alimentación y el peso mejoran en respuesta al cambio de cuidadores. En lactantes, niños y adolescentes prepúberes, el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos puede estar asociado con un retraso en el crecimiento y la desnutrición resultante afecta negativamente el desarrollo y el potencial de aprendizaje. En niños mayores, adolescentes y adultos, el funcionamiento social tiende a verse afectado negativamente. Independientemente de la edad, la función familiar puede verse afectada, con un mayor estrés a la hora de las comidas y en otros contextos alimentarios que involucran a amigos y familiares.

El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos se manifiesta con mayor frecuencia en niños y adolescentes que en adultos, y puede haber un gran retraso entre el inicio y la presentación clínica.
Los desencadenantes de la presentación varían considerablemente e incluyen dificultades físicas, sociales y emocionales.

Factores de Riesgo y Pronóstico Temperamental.

Los trastornos de ansiedad, el trastorno del espectro autista, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad pueden aumentar el riesgo de conducta alimentaria o conducta alimentaria evitativa o restrictiva característica del trastorno.

Ambiental. Los factores de riesgo ambientales para el trastorno por evitación o restricción de la ingesta de alimentos incluyen la ansiedad familiar. Pueden ocurrir tasas más altas de alteraciones de la alimentación en niños de madres con

Machine Translated by Google

trastornos de la alimentación.

Genético y fisiológico. Los antecedentes de afecciones gastrointestinales, enfermedad por reflujo gastroesofágico, vómitos y una variedad de otros problemas médicos se han asociado con conductas alimentarias características del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura En diversas poblaciones, incluidas las de Estados Unidos, Canadá, Australia, Europa, Japón y China, se presentan presentaciones similares al trastorno por evitación o restricción de la ingesta de alimentos. El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos no debe diagnosticarse cuando la evitación de la ingesta de alimentos está únicamente relacionada con prácticas religiosas o culturales específicas.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos parece ser aproximadamente igualmente común en niños y niñas, pero el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos comórbido con el trastorno del espectro autista tiene predominio masculino. La evitación o restricción de alimentos relacionada con sensibilidades sensoriales alteradas puede ocurrir en algunas condiciones fisiológicas, sobre todo en el embarazo, pero no suele ser extrema y no cumple todos los criterios del trastorno.

Consecuencias funcionales del trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos Las limitaciones funcionales y de desarrollo asociadas incluyen deterioro del desarrollo físico y dificultades sociales que pueden tener un impacto negativo significativo en la función familiar.

Diagnóstico diferencial La restricción de la ingesta de alimentos es un síntoma inespecífico que puede acompañar a una serie de trastornos mentales y afecciones médicas y que también puede ser apropiado para el desarrollo.
El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos se puede diagnosticar al mismo tiempo que los trastornos siguientes si se cumplen todos los criterios y el trastorno alimentario requiere atención clínica específica.

Otras afecciones médicas (p. ej., enfermedades gastrointestinales, alergias e intolerancias alimentarias, neoplasias malignas ocultas).
La restricción de la ingesta de alimentos puede ocurrir en otras afecciones médicas, especialmente aquellas con síntomas continuos como vómitos, pérdida de apetito, náuseas, dolor abdominal o diarrea. Un diagnóstico de trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos requiere que la alteración de la ingesta vaya más allá de lo que se explica directamente por los síntomas físicos compatibles con una afección médica; el trastorno alimentario también puede persistir después de haber sido desencadenado por una afección médica y después de la resolución de la afección médica.

Las condiciones médicas subyacentes o mentales comórbidas pueden complicar la alimentación y la alimentación. Debido a que las personas mayores, los pacientes posquirúrgicos y las personas que reciben quimioterapia a menudo pierden el apetito, un diagnóstico adicional de trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos requiere que el trastorno alimentario sea el foco principal de intervención.

Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados debido a enfermedades neuropsiquiátricas pediátricas de inicio agudo.

Machine Translated by Google

síndrome.
Los síntomas de inicio agudo, la edad de inicio tardía o los síntomas atípicos sugieren la necesidad de una evaluación exhaustiva para descartar el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debido al síndrome neuropsiquiátrico de inicio agudo (PANS) pediátrico. PANS se caracteriza por la aparición abrupta y dramática de síntomas obsesivo-compulsivos o una ingesta de alimentos severamente restringida, junto con una variedad de síntomas neuropsiquiátricos adicionales.

Trastornos y afecciones neurológicos/neuromusculares, estructurales o congénitos específicos asociados con dificultades de alimentación.
Las dificultades de alimentación son comunes en una serie de afecciones congénitas y neurológicas a menudo relacionadas con problemas con la estructura y función oral/esofágica/faríngea, como hipotonía de la musculatura, protrusión de la lengua y deglución insegura. El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos se puede diagnosticar en personas con tales presentaciones siempre que se cumplan todos los criterios de diagnóstico.

Trastorno reactivo de la vinculación. Cierto grado de alejamiento de los cuidadores es característico del trastorno de apego reactivo y puede provocar una alteración en la relación cuidador-niño que puede afectar la alimentación y la ingesta del niño. El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos debe diagnosticarse simultáneamente sólo si se cumplen todos los criterios para ambos trastornos y la alteración de la alimentación es el foco principal de intervención.

Desorden del espectro autista. Las personas con trastorno del espectro autista a menudo presentan conductas alimentarias rígidas y sensibilidades sensoriales elevadas. Sin embargo, estas características no siempre dan como resultado el nivel de deterioro que se requeriría para un diagnóstico de trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos. El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos debe diagnosticarse simultáneamente sólo si se cumplen todos los criterios para ambos trastornos y cuando el trastorno alimentario requiere medidas específicas. tratamiento.

Fobia específica, trastorno de ansiedad social y otros trastornos de ansiedad. La fobia específica, de otro tipo, incluye como ejemplo “situaciones que pueden provocar asfixia o vómitos” y puede representar el desencadenante principal del miedo, la ansiedad o la evitación necesarios para el diagnóstico. Distinguir la fobia específica del trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos puede resultar difícil cuando el miedo a ahogarse o vomitar ha dado lugar a la evitación de alimentos. Aunque la evitación o restricción de la ingesta de alimentos secundaria a un miedo pronunciado a ahogarse o vomitar puede conceptualizarse como fobia específica, en situaciones en las que el problema alimentario se convierte en el foco principal de atención clínica, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos se convierte en el diagnóstico apropiado. En el trastorno de ansiedad social, el individuo puede presentar miedo de ser observado por otros mientras come, lo que también puede ocurrir en el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

Anorexia nerviosa. La restricción de la ingesta de energía en relación con las necesidades que conduce a un peso corporal significativamente bajo es una característica central de la anorexia nerviosa. Sin embargo, las personas con anorexia nerviosa también muestran miedo a ganar peso o engordar, o comportamientos persistentes que interfieren con el aumento de peso, así como alteraciones específicas en

relación con la percepción y experiencia del propio peso y forma corporal. Estas características no están presentes en el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos y los dos trastornos no deben diagnosticarse al mismo tiempo. El diagnóstico diferencial entre el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos y la anorexia nerviosa puede ser difícil, especialmente al final de la niñez y la adolescencia temprana, porque estos trastornos pueden compartir una serie de síntomas comunes (p. ej., evitación de alimentos, baja ingesta de alimentos).

Machine Translated by Google

peso). El diagnóstico diferencial también es potencialmente difícil en personas con anorexia nerviosa que niegan tener miedo a la gordura pero, sin embargo, adoptan conductas persistentes que impiden el aumento de peso y que no reconocen la gravedad médica de su bajo peso (una presentación a veces denominada “anorexia fóbica no gorda”). nerviosa.” Se recomienda considerar plenamente los síntomas, la evolución y los antecedentes familiares, y la mejor manera de realizar el diagnóstico es en el contexto de una relación clínica a lo largo del tiempo. En algunas personas, el trastorno por evitación o restricción de la ingesta de alimentos puede preceder a la aparición de la anorexia nerviosa.

Trastorno obsesivo compulsivo. Los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo pueden presentar evitación o restricción de la ingesta en relación con preocupaciones por la comida o conductas alimentarias ritualizadas. El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos debe diagnosticarse simultáneamente sólo si se cumplen todos los criterios para ambos trastornos y cuando la alimentación aberrante es un aspecto importante de la presentación clínica que requiere una intervención específica.

Trastorno depresivo mayor. En el trastorno depresivo mayor, el apetito puede verse afectado hasta tal punto que los individuos presentan una ingesta de alimentos significativamente restringida, generalmente en relación con la ingesta energética general y, a menudo, asociada con la pérdida de peso. Por lo general, la pérdida de apetito y la reducción relacionada de la ingesta disminuyen con la resolución de los problemas del estado de ánimo. El trastorno por evitación/ restricción de la ingesta de alimentos sólo debe usarse simultáneamente si se cumplen todos los criterios para ambos trastornos y cuando el trastorno alimentario requiere un tratamiento específico.

Trastornos del espectro de la esquizofrenia. Las personas con esquizofrenia, trastorno delirante u otros trastornos psicóticos pueden exhibir conductas alimentarias extrañas, evitar alimentos específicos debido a creencias delirantes u otras manifestaciones de ingesta evitativa o restrictiva. En algunos casos, las creencias delirantes pueden contribuir a la preocupación por las consecuencias negativas de la ingesta de determinados alimentos. El trastorno por evitación/ restricción de la ingesta de alimentos debe utilizarse simultáneamente sólo si se cumplen todos los criterios para ambos trastornos y cuando el trastorno alimentario requiere un tratamiento específico.

Desorden facticio o trastorno facticio impuesto a otro. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos debe diferenciarse del trastorno facticio o del trastorno facticio impuesto a otro. Para asumir el rol de enfermo, algunos individuos con trastorno facticio pueden describir intencionalmente dietas mucho más restrictivas de las que realmente pueden consumir, así como complicaciones de dicha conducta, como la necesidad de alimentación enteral o suplementos nutricionales. una incapacidad para tolerar una variedad normal de alimentos y/o una incapacidad para participar normalmente en situaciones apropiadas para la edad que involucran alimentos. La presentación puede ser impresionantemente dramática y atractiva, y los síntomas reportados de manera inconsistente. En el trastorno facticio impuesto a otra persona, el cuidador describe síntomas consistentes con un trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y puede inducir síntomas físicos como la falta de aumento de peso. Como ocurre con cualquier diagnóstico de trastorno facticio impuesto a otra persona, el diagnóstico lo recibe el cuidador y no el individuo afectado, y el diagnóstico debe realizarse únicamente sobre la base de una evaluación cuidadosa e integral del individuo afectado, el cuidador y su interacción.

Comportamiento normal desde el punto de vista del desarrollo. Durante el desarrollo normal, algunos niños pequeños y niños reducen transitoriamente la variedad de alimentos que están dispuestos a comer. Este fenómeno, a veces denominado "quisquilloso para comer", generalmente se resuelve espontáneamente sin intervención.

El trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos no incluye tales conductas normales de desarrollo a menos que se vuelvan lo suficientemente graves como para llevar a no cumplir con los requisitos nutricionales adecuados.

Machine Translated by Google

necesidades o producir un deterioro significativo en el funcionamiento (Criterio A).

Comorbilidad Los

trastornos más comúnmente observados comorbidos con el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos son los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos del desarrollo neurológico (específicamente el trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual]).

Anorexia nerviosa

Criterios de diagnóstico

A. Restricción de la ingesta de energía en relación con las necesidades, lo que lleva a un peso corporal significativamente bajo en el contexto de la edad, el sexo, la trayectoria de desarrollo y la salud física. Un peso significativamente bajo se define como un peso inferior al mínimamente normal o, en el caso de niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

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

C. Perturbación en la forma en que se experimenta el peso o la forma corporal, influencia indebida del peso o la forma corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende del subtipo (ver más abajo).

Especifique si: F50.01

Tipo restrictivo: Durante los últimos 3 meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómitos autoinducidos o uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso se logra principalmente mediante dieta, ayuno y/o ejercicio excesivo.

F50.02 Tipo atracones/purgas: durante los últimos 3 meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómitos autoinducidos o uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas).

Especifique

si: En remisión parcial: Después de que se cumplieron previamente todos los criterios de anorexia nerviosa, no se ha cumplido el Criterio A (bajo peso corporal) durante un período sostenido, pero sí el Criterio B (miedo intenso a ganar peso o engordar o comportamiento que interfiere con aumento de peso) o el Criterio C (alteraciones en la autopercepción del peso y la forma).

En remisión total: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período de tiempo sostenido.

Machine Translated by Google

Especifique la gravedad

actual: el nivel mínimo de gravedad se basa, para adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (ver más abajo) o, para niños y adolescentes, en el percentil de IMC. Los rangos siguientes se derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se deben utilizar los percentiles de IMC correspondientes. El nivel de gravedad puede aumentarse para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: IMC ≥ 17 kg/m2 .

Moderado: IMC 16–16,99 kg/m2 .

Grave: IMC 15–15,99 kg/m2 .

Extremo: IMC < 15 kg/m2 .

Subtipos La

mayoría de las personas con el tipo de anorexia nerviosa por atracones/purgas que comen en exceso también se purgan mediante vómitos autoinducidos o el uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas. Algunas personas con este subtipo de anorexia nerviosa no se dan atracones, pero se purgan regularmente después del consumo de pequeñas cantidades de alimentos.

El cruce entre los subtipos a lo largo del trastorno no es infrecuente; por lo tanto, se debe utilizar la descripción del subtipo para describir los síntomas actuales en lugar del curso longitudinal.

Características diagnósticas

Hay tres características esenciales de la anorexia nerviosa: restricción persistente de la ingesta de energía; miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso; y una alteración en el peso o la forma autopercibidos. El individuo mantiene un peso corporal inferior a un nivel mínimamente normal para su edad, sexo, trayectoria de desarrollo y salud física (Criterio A). El peso corporal de los individuos con frecuencia cumple con este criterio luego de una pérdida de peso significativa, pero entre los niños y adolescentes, alternativamente, puede no lograr el aumento de peso esperado o no mantener una trayectoria de desarrollo normal (es decir, mientras crecen en altura) en lugar de perder peso.

El Criterio A requiere que el peso del individuo sea significativamente bajo (es decir, menos que lo mínimamente normal o, para niños y adolescentes, menos que lo mínimamente esperado). La evaluación del peso puede ser un desafío porque el rango de peso normal difiere entre los individuos y se han publicado diferentes umbrales que definen la delgadez o el estado de bajo peso. Índice de masa corporal (IMC; calculado como peso en kilogramos/altura en metros, peso corporal por ^{2}) es una medida útil para evaluar altura. Para los adultos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la Organización Mundial de la Salud han empleado un IMC de 18,5 kg/m2 (OMS) como el límite inferior del peso corporal normal. Por lo tanto, no se consideraría que la mayoría de los adultos con un IMC superior o igual a 18,5 kg/m2 tuvieran un peso corporal significativamente bajo. Por otro lado, un IMC inferior a 17,0. La OMS ha considerado que kg/m2 indica delgadez moderada o grave, por lo que probablemente se consideraría que un individuo con un IMC inferior a 17,0 kg/m2;

Machine Translated by Google

tienen un peso significativamente bajo. Se podría considerar que un adulto con un IMC entre o incluso 17,0 y 18,5 kg/m2 , ligeramente por encima de 18,5 kg/m2 , tiene un peso significativamente bajo si la historia clínica u otra información fisiológica respalda este juicio. A los adultos que no tienen bajo peso según los estándares poblacionales (por ejemplo, adultos con un IMC de 19,0 kg/m2 o más) no se les debe asignar un diagnóstico de anorexia nerviosa; Se puede considerar un diagnóstico de otro trastorno alimentario o alimentario específico (anorexia nerviosa atípica) para dichas personas.

Para niños y adolescentes, es útil determinar un percentil de IMC para la edad (ver, por ejemplo, el percentil de IMC para adolescentes de los CDC; https://www.cdc.gov/healthyweight/bmi/calculator.html). En cuanto a los adultos, no es posible proporcionar estándares definitivos para juzgar si el peso de un niño o un adolescente es significativamente bajo, y las variaciones en las trayectorias de desarrollo entre los jóvenes limitan la utilidad de pautas numéricas simples. Los CDC han utilizado un IMC para la edad por debajo del percentil 5 como sugerencia de bajo peso; Se puede considerar que los niños y adolescentes con un IMC superior a este punto de referencia tienen un peso significativamente inferior al normal si no mantienen su trayectoria de crecimiento esperada. Sin embargo, a las personas cuyo IMC sigue siendo mayor que la mediana para la edad no se les debe asignar un diagnóstico de anorexia nerviosa; Se puede considerar un diagnóstico de otro trastorno alimentario o alimentario específico (anorexia nerviosa atípica) para dichas personas.

calculadora para niños y

Los individuos con este trastorno suelen mostrar un miedo intenso a ganar peso o engordar (Criterio B). Este miedo intenso a engordar no suele aliviarse con la pérdida de peso. De hecho, la preocupación por el aumento de peso puede aumentar incluso cuando el peso disminuye. Es posible que las personas más jóvenes con anorexia nerviosa, así como algunos adultos, no reconozcan o no

reconocer el miedo a ganar peso. En ausencia de otra explicación para el peso significativamente bajo, se puede utilizar para establecer el Criterio la inferencia clínica extraída de antecedentes colaterales, datos observacionales, hallazgos físicos y de laboratorio o curso longitudinal que indique miedo al aumento de peso o que respalde comportamientos persistentes que lo impiden. B.

La experiencia y la importancia del peso y la forma corporal están distorsionadas en estos individuos (Criterio C). Algunas personas se sienten globalmente sobrepeso. Otros se dan cuenta de que son delgados, pero aún les preocupa que ciertas partes del cuerpo, en particular el abdomen, las nalgas y los muslos, estén “demasiado gordas”. Pueden emplear una variedad de técnicas para evaluar el tamaño o el peso de su cuerpo, incluido el pesaje frecuente, la medición obsesiva de partes del cuerpo y el uso persistente de un espejo para detectar áreas percibidas de "grasa". La autoestima de las personas con anorexia nerviosa depende en gran medida de sus percepciones sobre la forma y el peso del cuerpo. La pérdida de peso a menudo se considera un logro impresionante y un signo de autodisciplina extraordinaria, mientras que el aumento de peso se percibe como una falta inaceptable de autocontrol. Aunque algunas personas con este trastorno pueden reconocer estar delgadas, a menudo no reconocen las graves implicaciones médicas de su estado de desnutrición.

A menudo, los miembros de la familia llevan al individuo a la atención profesional después de que se ha producido una pérdida de peso marcada (o no se han logrado los aumentos de peso esperados). Si los individuos buscan ayuda por su cuenta, generalmente es debido a la angustia por las secuelas somáticas y psicológicas del hambre. Es raro que una persona con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso per se. De hecho, las personas con anorexia nerviosa frecuentemente no comprenden el problema o lo niegan. Él

Machine Translated by Google

Por lo tanto, suele ser importante obtener información de miembros de la familia u otras fuentes para evaluar la historia de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

Funciones asociadas

La semiinanición de la anorexia nerviosa y las conductas de purga a veces asociadas con ella pueden provocar afecciones médicas importantes y potencialmente mortales. El compromiso nutricional asociado con este trastorno afecta a la mayoría de los sistemas orgánicos principales y puede producir una variedad de alteraciones. Son frecuentes las alteraciones fisiológicas, como amenorrea y anomalías de los signos vitales. Si bien la mayoría de los trastornos fisiológicos asociados con la desnutrición son reversibles con la rehabilitación nutricional, algunos, incluida la pérdida de densidad mineral ósea, a menudo no son completamente reversibles. Comportamientos como el vómito autoinducido y el uso indebido de laxantes, diuréticos y enemas pueden causar una serie de alteraciones que conducen a resultados de laboratorio anormales; sin embargo, algunas personas con anorexia nerviosa no presentan anomalías de laboratorio.

Cuando tienen un peso muy bajo de peso, muchas personas con anorexia nerviosa presentan signos y síntomas depresivos, como estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y disminución del interés en el sexo. Debido a que estas características también se observan en individuos sin anorexia nerviosa que están significativamente desnutridos, muchas de las características depresivas pueden ser secundarias a las secuelas fisiológicas de la semiinanición, aunque también pueden ser lo suficientemente graves como para justificar un diagnóstico adicional de trastorno depresivo mayor.

Los rasgos obsesivo-compulsivos, tanto relacionados como no relacionados con la comida, suelen ser prominentes. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa están preocupadas por pensamientos relacionados con la comida. Algunos coleccionan recetas o acaparan comida. Las observaciones de comportamientos asociados con otras formas de inanición sugieren que las obsesiones y compulsiones relacionadas con la comida pueden verse exacerbadas por la desnutrición. Cuando las personas con anorexia nerviosa exhiben obsesiones y compulsiones que no están relacionadas con la comida, la forma del cuerpo o el peso, puede estar justificado un diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Otras características a veces asociadas con la anorexia nerviosa incluyen preocupación por comer en público, sentimientos de ineficacia, un fuerte deseo de controlar el entorno, pensamiento inflexible, espontaneidad social limitada y expresión emocional demasiado restringida.

En comparación con las personas con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, aquellos con atracones/purgas tienen tasas más altas de impulsividad y son más propensos a abusar del alcohol y otras drogas.

Algunas personas con anorexia nerviosa muestran niveles excesivos de actividad física. Los aumentos de la actividad física a menudo preceden a la aparición del trastorno y, durante el transcurso del trastorno, el aumento de la actividad acelera la pérdida de peso. Durante el tratamiento, la actividad excesiva puede ser difícil de controlar, poniendo en peligro la recuperación de peso.

Las personas con anorexia nerviosa pueden hacer un mal uso de los medicamentos, por ejemplo manipulando la dosis, para lograr perder peso o evitar el aumento de peso. Las personas con diabetes mellitus pueden omitir o reducir las dosis de insulina para minimizar la utilización de carbohidratos.

Machine Translated by Google

Predominio

Según dos estudios epidemiológicos estadounidenses realizados en muestras comunitarias, la prevalencia de anorexia nerviosa a los 12 meses oscila entre el 0,0% y el 0,05%, con tasas mucho más altas en mujeres que en hombres (0% a 0,08% en mujeres; 0% a 0,01% en hombres), y la prevalencia a lo largo de la vida oscila entre 0,60% y 0,80% (0,9% a 1,42% en mujeres; 0,12% a 0,3% en hombres). Por el contrario, un estudio de adolescentes encontró tasas similares en ambos sexos.

La anorexia nerviosa parece ser más prevalente en países postindustrializados de altos ingresos, como Estados Unidos, muchos países europeos, Australia, Nueva Zelanda y Japón.
Aunque la prevalencia de la anorexia nerviosa es incierta en la mayoría de los países de ingresos bajos y medios, parece estar aumentando en muchos países del Sur Global, incluidos Asia y Medio Oriente. La anorexia nerviosa ocurre en todos los grupos étnicos raciales de Estados Unidos; sin embargo, su prevalencia parece ser menor entre los afroamericanos latinos y no latinos que entre los blancos no latinos.

Desarrollo y evolución La anorexia

nerviosa comúnmente comienza durante la adolescencia o la edad adulta temprana. Rara vez comienza antes de la pubertad o después de los 40 años, pero se han descrito casos de aparición tanto temprana como tardía. La aparición de este trastorno a menudo se asocia con un acontecimiento vital estresante, como salir de casa para ir a la universidad. El curso y el resultado de la anorexia nerviosa son muy variables. Las personas más jóvenes pueden manifestar características atípicas, incluida la negación del “miedo a la gordura”. Es más probable que las personas mayores tengan una enfermedad de mayor duración y su presentación clínica puede incluir más signos y síntomas de un trastorno de larga duración. Los médicos no deben excluir la anorexia nerviosa del diagnóstico diferencial únicamente por la edad avanzada.

Muchas personas pasan por un período de cambio en la conducta alimentaria antes de que se cumplan todos los criterios del trastorno. Algunas personas con anorexia nerviosa se recuperan completamente después de un solo episodio, algunas exhiben un patrón fluctuante de aumento de peso seguido de una recaída y otras experimentan un curso crónico durante muchos años. Es posible que se requiera hospitalización para recuperar el peso y abordar las complicaciones médicas. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa experimentan una remisión dentro de los 5 años posteriores a la presentación. Entre las personas ingresadas en hospitales, las tasas de remisión general pueden ser más bajas. La tasa bruta de mortalidad por anorexia nerviosa es aproximadamente del 5% por década. La muerte suele deberse a complicaciones médicas asociadas con el trastorno en sí o al suicidio.

Factores de Riesgo y Pronóstico Temperamental.

Las personas que desarrollan trastornos de ansiedad o muestran rasgos obsesivos en la infancia tienen un mayor riesgo de desarrollar anorexia nerviosa.

Ambiental. La variabilidad histórica y transcultural en la prevalencia de la anorexia nerviosa respalda su asociación con culturas y entornos en los que se valora la delgadez. Las ocupaciones y pasatiempos que fomentan la delgadez, como el modelaje y el atletismo de élite, también se asocian con un mayor riesgo.

Machine Translated by Google

Genético y fisiológico. Existe un mayor riesgo de anorexia nerviosa y de otros trastornos alimentarios y psiquiátricos entre los parientes biológicos de personas con anorexia nerviosa. Los estudios de asociación de todo el genoma han comenzado a identificar loci de riesgo específicos, incluidos loci asociados con otros trastornos psiquiátricos y con rasgos metabólicos como la resistencia a la insulina y el perfil lipídico.

En la anorexia nerviosa se ha descrito una variedad de anomalías cerebrales, muchas de las cuales sugieren un procesamiento anormal de la recompensa, utilizando tecnologías de imágenes funcionales como la resonancia magnética funcional y la tomografía por emisión de positrones. No está claro hasta qué punto estos hallazgos reflejan cambios asociados con la desnutrición versus anomalías primarias asociadas con el trastorno.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

La anorexia nerviosa ocurre en poblaciones cultural y socialmente diversas, aunque la evidencia disponible sugiere variaciones transculturales en su aparición y presentación. La presentación de preocupaciones sobre el peso entre personas con trastornos alimentarios y alimentarios varía sustancialmente según los contextos culturales. La ausencia de un temor intenso expresado al aumento de peso, a veces denominado “fobia a las grasas”, parece ser relativamente más común en poblaciones de Asia, donde la justificación para la restricción dietética comúnmente se relaciona con una queja más aceptada culturalmente, como el malestar gastrointestinal. . La utilización de los servicios de salud mental en los Estados Unidos entre personas con un trastorno alimentario es significativamente menor entre los grupos étnicos y racializados desatendidos.

Marcadores de diagnóstico

Se pueden observar las siguientes anomalías de laboratorio en la anorexia nerviosa; su presencia puede servir para aumentar la confianza en el diagnóstico.

Hematología. La leucopenia es común, con pérdida de todos los tipos de células, pero generalmente con linfocitosis aparente. Puede producirse anemia leve, así como trombocitopenia y, en raras ocasiones, problemas de hemorragia.

Química sérica. La deshidratación puede reflejarse en un nivel elevado de nitrógeno ureico en sangre. La hipercolesterolemia es común. Los niveles de enzimas hepáticas pueden estar elevados. Ocasionalmente se observan hipomagnesemia, hipozincemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia. El vómito autoinducido puede provocar alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), hipocloremia e hipopotasemia; El abuso de laxantes puede causar una acidosis metabólica leve.

Endocrino. Los niveles séricos de tiroxina (T4) suelen estar en el rango normal bajo; Los niveles de triyodotironina (T3) están disminuidos, mientras que los niveles de T3 inversa están elevados. Las mujeres tienen niveles bajos de estrógeno sérico, mientras que los hombres tienen niveles bajos de testosterona sérica.

Electrocardiografía. La bradicardia sinusal es común y, en raras ocasiones, se observan arritmias. Significativo En algunos individuos se observa una prolongación del intervalo QTc.

La masa ósea. A menudo se observa baja densidad mineral ósea, con áreas específicas de osteopenia u osteoporosis. El riesgo de fractura es significativamente elevado.

Electroencefalografía. Las anomalías difusas, que reflejan una encefalopatía metabólica, pueden deberse a alteraciones importantes de líquidos y electrolitos.

Gasto energético en reposo. A menudo hay una reducción significativa del gasto energético en reposo.

Machine Translated by Google

Signos y síntomas físicos. Muchos de los signos y síntomas físicos de la anorexia nerviosa son atribuibles al hambre. La amenorrea suele estar presente y parece ser un indicador de disfunción fisiológica. Si está presente, la amenorrea suele ser consecuencia de la pérdida de peso, pero en una minoría de personas puede en realidad preceder a la pérdida de peso. En las mujeres prepúberes, la menarquia puede retrasarse. Además de la amenorrea, puede haber quejas de estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargo y exceso de energía.

El hallazgo más destacable en la exploración física es la emaciación. Por lo general, también hay hipotensión, hipotermia y bradicardia significativas. Algunas personas desarrollan lanugo, un vello corporal fino y velloso. Algunos desarrollan edema periférico, especialmente durante la recuperación del peso o al cesar el abuso de laxantes y diuréticos. En raras ocasiones, las petequias o equimosis, generalmente en las extremidades, pueden indicar una diátesis hemorrágica. Algunas personas evidencian una coloración amarillenta de la piel asociada con hipercarotenemia. Como se puede observar en personas con bulimia nerviosa, las personas con anorexia nerviosa que se autoinducen el vómito pueden tener hipertrofia de las glándulas salivales, en particular las glándulas parótidas, así como erosión del esmalte dental. Algunas personas pueden tener cicatrices o callos en la superficie dorsal de la mano debido al contacto repetido con los dientes mientras inducen el vómito.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas El riesgo de suicidio es elevado en la anorexia nerviosa, y se informa que las tasas son 18 veces mayores que en un grupo de comparación de edad y sexo equivalente. Una revisión sistemática encontró que el suicidio es la segunda causa de muerte en la anorexia nerviosa. Otra revisión encontró que entre un cuarto y un tercio de las personas con anorexia nerviosa tienen ideas suicidas, y aproximadamente entre el 9% y el 25% de las personas con anorexia nerviosa han intentado suicidarse. Los posibles contribuyentes al mayor riesgo de suicidio en personas con trastornos alimentarios incluyen una mayor exposición al abuso sexual; toma de decisiones deteriorada; altas tasas de autolesiones no suicidas, un factor de riesgo conocido para los intentos de suicidio; y comorbilidad con trastornos del estado de ánimo.

Consecuencias funcionales de la anorexia nerviosa Las personas con anorexia nerviosa pueden presentar una variedad de limitaciones funcionales asociadas con el trastorno. Si bien algunos individuos permanecen activos en el funcionamiento social y profesional, otros demuestran un aislamiento social significativo y/o no logran alcanzar su potencial académico o profesional.

Diagnóstico diferencial Además de la consideración general del diagnóstico diferencial para todos los casos, es especialmente importante considerar otras posibles causas de peso corporal significativamente bajo o pérdida de peso significativa cuando las características de presentación son atípicas (p. ej., inicio después de los 40 años).

Condiciones médicas (p. ej., enfermedades gastrointestinales, hipertiroidismo, neoplasias malignas ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA]).
Puede ocurrir una pérdida de peso grave en condiciones médicas, pero las personas con estos trastornos generalmente no manifiestan una alteración en la forma en que experimentan su peso o forma corporal o un miedo intenso a ganar peso o persisten en comportamientos que interfieren con un aumento de peso apropiado.

Machine Translated by Google

En ocasiones, la pérdida aguda de peso asociada con una afección médica puede ir seguida de la aparición o recurrencia de anorexia nerviosa, que inicialmente puede quedar enmascarada por la afección médica comórbida. En raras ocasiones, la anorexia nerviosa se desarrolla después de la cirugía bariátrica.

Trastorno depresivo mayor. En el trastorno depresivo mayor, puede producirse una pérdida de peso importante, pero la mayoría de las personas con trastorno depresivo mayor no tienen ni el deseo de perder peso excesivamente ni un miedo intenso a ganar peso.

Esquizofrenia. Los individuos con esquizofrenia pueden exhibir comportamientos alimentarios extraños y ocasionalmente experimentar una pérdida de peso significativa, pero rara vez muestran el miedo a aumentar de peso y la alteración de la imagen corporal necesaria para un diagnóstico de anorexia nerviosa.

Trastornos por uso de sustancias. Las personas con trastornos por uso de sustancias pueden experimentar bajo peso debido a una ingesta nutricional deficiente, pero generalmente no temen ganar peso y no manifiestan alteraciones de la imagen corporal. Los individuos que abusan de sustancias que reducen el apetito (p. ej., cocaína, estimulantes) y que también tienen miedo a ganar peso deben ser evaluados cuidadosamente para detectar la posibilidad de anorexia nerviosa comórbida, dado que el uso de sustancias puede representar un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso. Criterio B).

Trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico corporal. Algunas de las características de la anorexia nerviosa se superponen con los criterios del trastorno de ansiedad social, el TOC y el trastorno dismórfico corporal. Específicamente, los individuos pueden sentirse humillados o avergonzados al ser vistos comiendo en público, como en el caso del trastorno de ansiedad social; puede exhibir obsesiones y compulsiones relacionadas con la comida, como en el TOC; o puede estar preocupado por un defecto imaginado en la apariencia corporal, como en el trastorno dismórfico corporal. Si el individuo con anorexia nerviosa tiene miedos sociales que se limitan únicamente a la conducta alimentaria, no se debe realizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad social, pero los miedos sociales no relacionados con la conducta alimentaria (p. ej., miedo excesivo a hablar en público) pueden justificar un diagnóstico adicional. del trastorno de ansiedad social. De manera similar, se debe considerar un diagnóstico adicional de TOC sólo si el individuo muestra obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida (p. ej., un miedo excesivo a la contaminación), y se debe considerar un diagnóstico adicional de trastorno dismórfico corporal sólo si la distorsión no está relacionada con el cuerpo. forma y tamaño (p. ej., preocupación porque la nariz es demasiado grande).

Bulimia nerviosa. Las personas con bulimia nerviosa presentan episodios recurrentes de atracones, adoptan conductas inapropiadas para evitar el aumento de peso (p. ej., vómitos autoinducidos) y se preocupan demasiado por la forma y el peso del cuerpo. Sin embargo, a diferencia de las personas con anorexia nerviosa, del tipo atracones/purgas, las personas con bulimia nerviosa mantienen el peso corporal en o por encima de un nivel mínimamente normal.

Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos. Las personas con este trastorno pueden presentar una pérdida de peso significativa o una deficiencia nutricional significativa, pero no tienen miedo de ganar peso o engordar, ni tienen ninguna alteración en la forma en que experimentan la forma y el peso de su cuerpo.

Comorbilidad

Los trastornos bipolares, depresivos y de ansiedad suelen coexistir con la anorexia nerviosa. Muchos

Machine Translated by Google

Las personas con anorexia nerviosa informan la presencia de un trastorno de ansiedad o síntomas de ansiedad antes de la aparición de su trastorno alimentario. El TOC se describe en algunos individuos con anorexia nerviosa, especialmente aquellos con el tipo restrictivo. El trastorno por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias también pueden ser comórbidos con la anorexia nerviosa, especialmente entre aquellos con el tipo de atracones/purgas.

Bulimia nerviosa

Criterios de diagnóstico F50.2

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracones se caracteriza por las siguientes dos situaciones:

1. Comer, en un período de

tiempo discreto (p. ej., dentro de cualquier período de 2 horas), una cantidad de comida que es definitivamente mayor que la que la mayoría de las personas comerían en un día. período similar de tiempo bajo circunstancias similares.

2. Una sensación de falta de control sobre la alimentación durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto come).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para prevenir el aumento de peso, como el vómito autoinducido; mal uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos; ayuno; o ejercicio excesivo.

C. Tanto los atracones como las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, en promedio, al menos una vez por semana durante 3 meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influenciada por la forma y el peso del cuerpo.

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

Especifique

si: En remisión parcial: después de que se cumplieron todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos de los criterios, pero no todos, se han cumplido durante un período de tiempo sostenido.

En remisión total: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período de tiempo sostenido.

Especifique la gravedad actual:

el nivel mínimo de gravedad se basa en la frecuencia de conductas compensatorias inapropiadas (ver más abajo). El nivel de gravedad puede aumentarse para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: un promedio de 1 a 3 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Moderado: un promedio de 4 a 7 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Machine Translated by Google

Grave: un promedio de 8 a 13 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Extremo: un promedio de 14 o más episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Características diagnósticas Hay

tres características esenciales de la bulimia nerviosa: episodios recurrentes de atracones (Criterio A), conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para prevenir el aumento de peso (Criterio B) y autoevaluación indebidamente influenciada por la forma y el peso del cuerpo (Criterio D).). Para calificar para el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben ocurrir, en promedio, al menos una vez por semana durante 3 meses (Criterio C).

Un "episodio de atracones" se define como comer, en un período de tiempo discreto, una cantidad de alimento que es definitivamente mayor que la que la mayoría de las personas comerían en un período de tiempo similar en circunstancias similares (Criterio A1). El contexto en el que se come puede afectar la estimación del médico sobre si la ingesta es excesiva. Por ejemplo, una cantidad de comida que podría considerarse excesiva para una comida típica podría considerarse normal durante una celebración o comida festiva. Un "período de tiempo discreto" se refiere a un período limitado, generalmente menos de 2 horas. Un solo episodio de atracones no tiene por qué limitarse a un solo entorno. Por ejemplo, un individuo puede comenzar a darse un atracón en un restaurante y luego continuar comiendo al regresar a casa.

Comer continuamente pequeñas cantidades de comida durante el día no se consideraría un atracón.

La aparición de un consumo excesivo de alimentos debe ir acompañada de una sensación de falta de control (Criterio A2) para que se considere un episodio de atracón. Un indicador de pérdida de control es la incapacidad de abstenerse de comer o de dejar de comer una vez iniciado. Algunos individuos describen una cualidad disociativa durante o después de los episodios de atracones. El deterioro del control asociado con los atracones puede no ser absoluto; por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo compulsivamente mientras suena el teléfono, pero dejará de hacerlo si un compañero de habitación o su cónyuge entra inesperadamente en la habitación. Algunas personas informan que sus episodios de atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control sino más bien por un patrón más generalizado de alimentación incontrolada.
Si las personas informan que han abandonado sus esfuerzos por controlar su alimentación, se debe considerar que existe una pérdida de control. En algunos casos, también se pueden planificar los atracones.

El tipo de comida consumida durante los atracones varía tanto entre individuos como para un individuo determinado. Los atracones parecen caracterizarse más por una anomalía en la cantidad de alimento consumido que por un antojo de un nutriente específico. Sin embargo, durante los atracones, las personas tienden a comer alimentos que de otro modo evitarían.

Las personas con bulimia nerviosa suelen sentirse avergonzadas de sus problemas alimentarios e intentan ocultar sus síntomas. Los atracones suelen ocurrir en secreto o de la manera más discreta posible. Los atracones a menudo continúan hasta que el individuo se siente incómodo, o incluso doloroso, lleno. El antecedente más común de los atracones es el afecto negativo.

Otros desencadenantes incluyen factores estresantes interpersonales; restricción dietética; sentimientos negativos relacionados con el peso corporal, la forma del cuerpo y la comida; y aburrimiento. Los atracones pueden minimizar o mitigar los factores

Machine Translated by Google

Eso precipitó el episodio a corto plazo, pero la autoevaluación negativa y la disforia a menudo son las consecuencias tardías.

Otra característica esencial de la bulimia nerviosa es el uso recurrente de conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso (Criterio B). Muchas personas con bulimia nerviosa emplean varios métodos para compensar los atracones. El vómito autoinducido, un tipo de conducta de purga, es la conducta compensatoria inapropiada más común. Los efectos inmediatos de los vómitos incluyen el alivio del malestar físico y la reducción del miedo a aumentar de peso. En algunos casos, el vómito se convierte en un objetivo en sí mismo y el individuo come en exceso para vomitar o vomita después de ingerir una pequeña cantidad de comida. Las personas con bulimia nerviosa pueden usar una variedad de métodos para inducir el vómito, incluido el uso de dedos o instrumentos para estimular el reflejo nauseoso. Los individuos generalmente se vuelven expertos en inducir el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad. En raras ocasiones, las personas consumen jarabe de ipecacuana para inducir el vómito. Otras conductas de purga incluyen el uso indebido de laxantes y diuréticos y, en casos raros, el uso indebido de enemas después de episodios de atracones, aunque éste rara vez es el único método compensatorio empleado. En casos raros, también se pueden utilizar varios métodos compensatorios distintos de la purga. Algunas personas pueden tomar hormona tiroidea en un intento de evitar el aumento de peso. Las personas con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden omitir o reducir las dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos consumidos durante los atracones. Las personas con bulimia nerviosa pueden ayunar durante un día o más o hacer ejercicio excesivo en un intento de prevenir el aumento de peso. El ejercicio puede considerarse excesivo cuando interfiere significativamente con actividades importantes, cuando ocurre en momentos o entornos inadecuados, o cuando el individuo continúa haciendo ejercicio a pesar de una lesión u otras complicaciones médicas.

Las personas con bulimia nerviosa ponen un énfasis excesivo en la forma del cuerpo o el peso en su autoevaluación, y estos factores suelen ser extremadamente importantes para determinar la autoestima (Criterio D). Las personas con este trastorno pueden parecerse mucho a las de anorexia nerviosa en su miedo a ganar peso, en su deseo de perder peso y en el nivel de insatisfacción con su cuerpo. Sin embargo, no se debe dar un diagnóstico de bulimia nerviosa cuando la alteración ocurre sólo durante episodios de anorexia nerviosa (Criterio E).

Funciones asociadas

Las personas con bulimia nerviosa generalmente se encuentran dentro del rango de peso normal o sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] ≥ 18,5 y < 30 en adultos). El trastorno ocurre pero es poco común entre personas obesas. Entre los atracones, las personas con bulimia nerviosa suelen restringir su consumo calórico total y seleccionar preferentemente alimentos bajos en calorías (“dietéticos”), evitando al mismo tiempo los alimentos que perciben que engordan o que pueden desencadenar un atracón.

La irregularidad menstrual o amenorrea ocurre a menudo entre mujeres con bulimia nerviosa; no está claro si tales alteraciones están relacionadas con fluctuaciones de peso, deficiencias nutricionales o angustia emocional. Las alteraciones de líquidos y electrolitos resultantes del comportamiento de purga son a veces suficientemente graves como para constituir problemas médicos graves. Las complicaciones raras pero potencialmente fatales incluyen desgarros esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas. Se han informado miopatías cardíacas y esqueléticas graves entre personas después del uso repetido de jarabe de ipecacuana para inducir el vómito. Las personas que abusan crónicamente de los laxantes pueden volverse dependientes de su uso para estimular las deposiciones. Los síntomas gastrointestinales se asocian comúnmente con la bulimia nerviosa y también se ha informado de prolapso rectal entre mujeres.

Machine Translated by Google

individuos con este trastorno.

Predominio

Según dos estudios epidemiológicos estadounidenses realizados en muestras de comunidades adultas, la prevalencia de bulimia nerviosa en 12 meses oscila entre el 0,14% y el 0,3%, con tasas mucho más altas.

tasas en mujeres que en hombres (0,22% a 0,5% en mujeres; 0,05% a 0,1% en hombres), y la prevalencia a lo largo de la vida oscila entre 0,28% y 1,0% (0,46% a 1,5% en mujeres; 0,05% a 0,08% en hombres). En un estudio de adolescentes de 13 a 18 años, las tasas de prevalencia a lo largo de la vida fueron del 1,3% y el 0,5% en niñas y niños, respectivamente.

En los Estados Unidos, la prevalencia de la bulimia nerviosa es similar en todos los grupos etnoraciales del país. La prevalencia informada de bulimia nerviosa es mayor en poblaciones que residen en países industrializados de altos ingresos, como Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y muchos países europeos; en la mayoría de estos países la prevalencia de la bulimia nerviosa es aproximadamente comparable.

La prevalencia de la bulimia nerviosa en algunas regiones de América Latina y Oriente Medio es similar a la prevalencia en la mayoría de los países de altos ingresos. La prevalencia de la bulimia nerviosa parece estar aumentando gradualmente en muchos países de ingresos bajos y medianos.

Desarrollo y evolución La bulimia nerviosa comúnmente comienza en la adolescencia o en la edad adulta temprana. La aparición antes de la pubertad o después de los 40 años es poco común. Los atracones frecuentemente comienzan durante o después de un episodio de dieta para perder peso. Experimentar múltiples acontecimientos vitales estresantes también puede precipitar la aparición de bulimia nerviosa.

La conducta alimentaria alterada persiste durante al menos varios años en un alto porcentaje de muestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con recurrencias de atracones. Sin embargo, durante un seguimiento a más largo plazo, los síntomas de muchos individuos parecen disminuir con o sin tratamiento, aunque el tratamiento claramente afecta el resultado. Los períodos de remisión superiores a 1 año se asocian con mejores resultados a largo plazo.

Se ha informado un riesgo significativamente elevado de mortalidad (por todas las causas y suicidio) en personas con bulimia nerviosa. La tasa bruta de mortalidad (relación entre el número de muertes durante el año y la población promedio en ese año) por bulimia nerviosa es casi el 2% por década.

El cruce diagnóstico de bulimia nerviosa inicial a anorexia nerviosa ocurre en una minoría de los casos (10-15%). Las personas que experimentan un cruce a la anorexia nerviosa comúnmente volverán a la bulimia nerviosa o tendrán múltiples ocurrencias de cruces entre estos trastornos. Un subconjunto de personas con bulimia nerviosa continúa con atracones pero ya no presenta conductas compensatorias inapropiadas y, por lo tanto, sus síntomas cumplen con los criterios de trastorno por atracón u otro trastorno alimentario específico. El diagnóstico debe basarse en la presentación clínica actual (es decir, en los últimos 3 meses).

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Preocupaciones por el peso, baja autoestima, síntomas depresivos, trastorno de ansiedad social,

Machine Translated by Google

y el trastorno de ansiedad generalizada infantil se asocian con un mayor riesgo de desarrollar bulimia nerviosa.

Ambiental. Se ha descubierto que la internalización de un ideal de cuerpo delgado aumenta el riesgo de desarrollar problemas de peso, lo que a su vez aumenta el riesgo de desarrollar bulimia nerviosa.
Las personas que sufrieron abuso físico o sexual en la infancia tienen un mayor riesgo de desarrollar bulimia nerviosa.

Genético y fisiológico. La obesidad infantil y la maduración puberal temprana aumentan el riesgo de bulimia nerviosa. Puede haber transmisión familiar de bulimia nerviosa, así como vulnerabilidades genéticas al trastorno.

Modificadores de curso. La gravedad de la comorbilidad psiquiátrica predice peores resultados a largo plazo. bulimia nerviosa.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

Aunque los datos muestran que la prevalencia de la bulimia nerviosa en la comunidad no difiere significativamente entre los grupos etnoraciales de EE. UU., la utilización del tratamiento para la bulimia nerviosa es menor entre los grupos étnicos y racializados de EE. UU. desatendidos que entre la población blanca no latina.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

La bulimia nerviosa es mucho más común en niñas y mujeres que en niños y hombres. Los niños y los hombres están especialmente subrepresentados en las muestras que buscan tratamiento, por razones que aún no se han examinado sistemáticamente.

Marcadores de diagnóstico

Actualmente no existe ninguna prueba de diagnóstico específica para la bulimia nerviosa. Sin embargo, pueden ocurrir varias anomalías de laboratorio como consecuencia de la purga y pueden aumentar la certeza del diagnóstico. Estos incluyen anomalías de líquidos y electrolitos, como hipopotasemia (que puede provocar arritmias cardíacas), hipocloremia e hiponatremia. La pérdida de ácido gástrico a través de los vómitos puede producir alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), y la inducción frecuente de diarrea o deshidratación por el abuso de laxantes y diuréticos puede causar acidosis metabólica. Algunas personas con bulimia nerviosa presentan niveles ligeramente elevados de amilasa sérica, lo que probablemente refleja un aumento de la isoenzima salival.

El examen físico generalmente no arroja hallazgos físicos. Sin embargo, la inspección de la boca puede revelar una pérdida significativa y permanente de esmalte dental, especialmente en las superficies linguales de los dientes frontales debido a los vómitos recurrentes. Estos dientes pueden astillarse y verse irregulares y “comidos por polillas”. También puede haber una mayor frecuencia de caries dental. En algunos individuos, las glándulas salivales, en particular las parótidas, pueden agrandarse notablemente.
Las personas que inducen el vómito estimulando manualmente el reflejo nauseoso pueden desarrollar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano debido al contacto repetido con los dientes. Se han informado miopatías cardíacas y esqueléticas graves entre personas después del uso repetido de jarabe de ipecacuana para inducir el vómito.

Machine Translated by Google

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

El riesgo de suicidio es elevado en la bulimia nerviosa. Una revisión encontró que aproximadamente entre un cuarto y un tercio de las personas con bulimia nerviosa han tenido ideas suicidas y una proporción similar ha intentado suicidarse.

Consecuencias funcionales de la bulimia nerviosa

Las personas con bulimia nerviosa pueden presentar una serie de limitaciones funcionales asociadas con el trastorno y tener una calidad de vida reducida relacionada con la salud. Una minoría de personas informa un deterioro grave de sus roles, siendo el ámbito de la vida social el que tiene más probabilidades de verse afectado negativamente por la bulimia nerviosa.

Diagnóstico diferencial

Anorexia nerviosa, tipo atracones/purgas. A las personas cuyo comportamiento de atracones se produce sólo durante episodios de anorexia nerviosa se les diagnostica anorexia nerviosa, tipo atracones/purgas, y no se les debe dar el diagnóstico adicional de bulimia nerviosa. Para las personas con un diagnóstico inicial de anorexia nerviosa que se dan atracones y purgas pero cuya presentación ya no cumple todos los criterios de anorexia nerviosa, tipo atracones/purgas (p. ej., cuando el peso es normal), se debe dar un diagnóstico de bulimia nerviosa únicamente. cuando se hayan cumplido todos los criterios de bulimia nerviosa durante al menos 3 meses.

Trastorno por atracón. Algunas personas comen en exceso pero no adoptan conductas compensatorias inapropiadas con regularidad. En estos casos se debe considerar el diagnóstico de trastorno por atracón.

Síndrome de Kleine Levin. En determinadas afecciones neurológicas u otras afecciones médicas, como el síndrome de Kleine-Levin, se altera la conducta alimentaria, pero no están presentes los rasgos psicológicos característicos de la bulimia nerviosa, como la preocupación excesiva por la forma y el peso del cuerpo.

Trastorno depresivo mayor, con rasgos atípicos. Comer en exceso es común en el trastorno depresivo mayor, con características atípicas, pero los individuos con este trastorno no adoptan conductas compensatorias inapropiadas y no muestran la preocupación excesiva por la forma y el peso del cuerpo característicos de la bulimia nerviosa. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, se deben realizar ambos diagnósticos.

Trastorno límite de la personalidad. La conducta compulsiva se incluye en el criterio de conducta impulsiva que forma parte de la definición de trastorno límite de la personalidad. Si se cumplen los criterios tanto para el trastorno límite de la personalidad como para la bulimia nerviosa, se deben realizar ambos diagnósticos.

Comorbilidad

La comorbilidad con trastornos mentales es común en personas con bulimia nerviosa, y la mayoría experimenta al menos otro trastorno mental y muchos experimentan múltiples comorbilidades. La comorbilidad no se limita a ningún subconjunto particular, sino que ocurre en una amplia gama de trastornos mentales. Hay una mayor frecuencia de síntomas depresivos (p. ej., baja autoestima) y trastornos bipolares y depresivos (particularmente trastornos depresivos) en personas con

Machine Translated by Google

bulimia nerviosa. En muchas personas, la alteración del estado de ánimo comienza al mismo tiempo o después del desarrollo de la bulimia nerviosa, y los individuos a menudo atribuyen sus alteraciones del estado de ánimo a la bulimia nerviosa. Sin embargo, en algunos individuos, la alteración del estado de ánimo precede claramente al desarrollo de la bulimia nerviosa. También puede haber una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad (p. ej., miedo a situaciones sociales) o trastornos de ansiedad. Estos trastornos del estado de ánimo y de ansiedad suelen remitir tras un tratamiento eficaz de la bulimia nerviosa. La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno por consumo de sustancias, en particular el trastorno por consumo de alcohol o el trastorno por consumo de estimulantes, es de al menos el 30% entre las personas con bulimia nerviosa. El uso de estimulantes a menudo comienza en un intento de controlar el apetito y el peso. Un porcentaje sustancial de personas con bulimia nerviosa también tienen rasgos de personalidad que cumplen con los criterios de uno o más trastornos de la personalidad, con mayor frecuencia el trastorno límite de la personalidad.

Trastorno por atracón

Criterios de diagnóstico F50.81

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracones se caracteriza por las siguientes dos situaciones: 1. Comer, en un

período de tiempo discreto (p. ej., dentro de cualquier período de 2 horas), una cantidad de comida que es definitivamente mayor que la que la mayoría de las personas comería en un día. período similar de tiempo bajo circunstancias similares.

2. Una sensación de falta de control sobre la alimentación durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto come).

B. Los episodios de atracones están asociados con tres (o más) de los siguientes:

1. Comer mucho más rápido de lo normal.
2. Comer hasta sentirse incómodamente lleno.

3. Comer grandes cantidades de comida cuando no se tiene hambre física.
4. Comer solo por sentirse avergonzado por lo mucho que se come.
5. Sentirse disgustado consigo mismo, deprimido o muy culpable después.

C. Hay marcada angustia por los atracones.

D. Los atracones ocurren, en promedio, al menos una vez por semana durante 3 meses.

E. Los atracones no se asocian con el uso recurrente de conductas compensatorias inapropiadas como en la bulimia nerviosa y no ocurren exclusivamente durante el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especifique

si: En remisión parcial: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones ocurren con una frecuencia promedio de menos de un episodio por

Machine Translated by Google

semana durante un periodo de tiempo sostenido.

En remisión total: después de que se cumplieron todos los criterios para el trastorno por atracón, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período de tiempo sostenido.

Especifique la gravedad actual:

el nivel mínimo de gravedad se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (ver más abajo). El nivel de gravedad puede aumentarse para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1 a 3 episodios de atracones por semana.

Moderado: 4 a 7 episodios de atracones por semana.

Grave: 8 a 13 episodios de atracones por semana.

Extremo: 14 o más episodios de atracones por semana.

Características diagnósticas La

característica esencial del trastorno por atracón son los episodios recurrentes de atracones que deben ocurrir, en promedio, al menos una vez por semana durante 3 meses (Criterio D). Un “episodio de atracones” se define como comer, en un período de tiempo discreto, una cantidad de alimento que es definitivamente mayor que la que la mayoría de las personas comería en un período de tiempo similar en circunstancias similares (Criterio A1). El contexto en el que se come puede afectar la estimación del médico sobre si la ingesta es excesiva. Por ejemplo, una cantidad de comida que podría considerarse excesiva para una comida típica podría considerarse normal durante una celebración o comida festiva. Un “período de tiempo discreto” se refiere a un período limitado, generalmente menos de 2 horas. Un solo episodio de atracones no tiene por qué limitarse a un solo entorno. Por ejemplo, un individuo puede comenzar a darse un atracón en un restaurante y luego continuar comiendo al regresar a casa. Comer continuamente pequeñas cantidades de comida durante el día no se consideraría un atracón.

La aparición de un consumo excesivo de alimentos debe ir acompañada de una sensación de falta de control (Criterio A2) para que se considere un episodio de atracón. Un indicador de pérdida de control es la incapacidad de abstenerse de comer o de dejar de comer una vez iniciado. Algunos individuos describen una cualidad disociativa durante o después de los episodios de atracones. El deterioro del control asociado con los atracones puede no ser absoluto; por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo compulsivamente mientras suena el teléfono, pero dejará de hacerlo si un compañero de habitación o su cónyuge entra inesperadamente en la habitación. Algunas personas informan que sus episodios de atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control sino más bien por un patrón más generalizado de alimentación incontrolada.

Si las personas informan que han abandonado sus esfuerzos por controlar su alimentación, aún así se puede considerar que la pérdida de control está presente. En algunos casos, también se pueden planificar los atracones.

El tipo de comida consumida durante los atracones varía tanto entre individuos como para un individuo determinado. Los atracones parecen caracterizarse más por una anomalía en la cantidad de alimento consumido que por un antojo de un nutriente específico.

Los atracones deben caracterizarse por una marcada angustia (Criterio C) y al menos tres de las siguientes características: comer mucho más rápido de lo normal; comer hasta sentirse incómodo

Machine Translated by Google

lleno; comer grandes cantidades de comida cuando no se tiene hambre física; comer solo por sentirse avergonzado por lo mucho que se come; y sentirse disgustado consigo mismo, deprimido o muy culpable después (Criterio B).

Las personas con trastorno por atracón suelen sentirse avergonzadas de sus problemas alimentarios e intentan ocultar sus síntomas. Los atracones suelen ocurrir en secreto o de la manera más discreta posible. El antecedente más común de los atracones es el afecto negativo. Otros desencadenantes incluyen factores estresantes interpersonales; restricción dietética; sentimientos negativos relacionados con el peso corporal, la forma del cuerpo y la comida; y aburrimiento. Los atracones pueden minimizar o mitigar los factores que precipitaron el episodio a corto plazo, pero la autoevaluación negativa y la disforia a menudo son las consecuencias tardías.

Funciones asociadas

El trastorno por atracón se produce en personas con peso normal/sobrepeso y obesas. Se asocia de manera confiable con el sobrepeso y la obesidad en personas que buscan tratamiento. Sin embargo, el trastorno por atracón es distinto de la obesidad. La mayoría de las personas obesas no cometen atracones recurrentes. Además, en comparación con los individuos obesos del mismo peso sin trastorno por atracón, aquellos con el trastorno consumen más calorías en estudios de laboratorio de conducta alimentaria y tienen mayor deterioro funcional, menor calidad de vida, más angustia subjetiva y mayor comorbilidad psiquiátrica.

Predominio

Según dos estudios epidemiológicos estadounidenses realizados en muestras comunitarias, la prevalencia a 12 meses del trastorno por atracón oscila entre el 0,44% y el 1,2%, con tasas entre dos y tres veces mayores en mujeres que en hombres (0,6% a 1,6% en mujeres; 0,26% a 0,8% en hombres), y la prevalencia a lo largo de la vida oscila entre 0,85% y 2,8% (1,25% a 3,5% en mujeres; 0,42% a 2,0% en hombres).

En Estados Unidos, la prevalencia del trastorno por atracón parece comparable entre los grupos etnoraciales.

El trastorno por atracón tiene una prevalencia más o menos similar en la mayoría de los países industrializados de altos ingresos, incluidos Estados Unidos, Canadá, muchos países europeos, Australia y Nueva Zelanda, con una prevalencia de 12 meses en los países de altos ingresos que oscila entre el 0,1% y el 1,2. %. Aunque hay menos datos disponibles sobre poblaciones de países de ingresos bajos y medios, la prevalencia del trastorno por atracón en algunas regiones de América Latina parece ser al menos tan alta como en Estados Unidos y Europa. Los mexicoamericanos en Estados Unidos tienen una mayor prevalencia de trastorno por atracón que sus homólogos en México.

Desarrollo y evolución

Poco se sabe sobre el desarrollo del trastorno por atracón. Tanto los atracones como la pérdida de control sin un consumo objetivamente excesivo ocurren en niños y se asocian con un aumento de grasa corporal, aumento de peso y aumento de los síntomas psicológicos. Los atracones son comunes en muestras de adolescentes y universitarios. La pérdida de control en la alimentación o los atracones episódicos pueden representar una fase prodrómica de los trastornos alimentarios en algunas personas.

La dieta sigue el desarrollo de los atracones en muchas personas con trastorno por atracón. (Esto contrasta con la bulimia nerviosa, en la que una dieta disfuncional suele preceder a

Machine Translated by Google

el inicio de los atracones.) El trastorno por atracón generalmente comienza en la adolescencia o en la edad adulta temprana, pero puede comenzar en la edad adulta tardía. Las personas con trastorno por atracón que buscan tratamiento suelen ser mayores que las personas con bulimia nerviosa o anorexia nerviosa que buscan tratamiento.

Las tasas de remisión tanto en los estudios sobre el curso natural como sobre los resultados del tratamiento son más altas para el trastorno por atracón que para la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa. El curso del trastorno por atracón es variable y aún no se comprende completamente, y al menos algunos individuos afectados muestran una trayectoria de síntomas relativamente persistente, a veces recurrente y remitente, comparable a la de la bulimia nerviosa en términos de gravedad y duración. El cruce del trastorno por atracón a otros trastornos alimentarios es poco común.

Factores de Riesgo y Pronóstico Genéticos y fisiológicos. El trastorno por atracón parece ser hereditario, lo que puede reflejar influencias genéticas aditivas.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Las presentaciones clínicas del trastorno por atracón difieren entre los grupos etnoraciales de los Estados Unidos. Las personas de raza negra pueden informar menos síntomas de angustia asociados con los atracones y presentarse al tratamiento con una mayor frecuencia de atracones en comparación con las personas de raza blanca.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Se ha informado que la ideación suicida ocurre en aproximadamente el 25% de las personas con trastorno por atracón.

Consecuencias funcionales del trastorno por atracón El trastorno por atracón se asocia con una variedad de consecuencias funcionales, que incluyen problemas de ajuste de roles sociales, deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud y satisfacción con la vida, aumento de la morbilidad y mortalidad médicas y una mayor utilización de la atención médica asociada en comparación con otros. con sujetos de control emparejados con el índice de masa corporal (IMC). También puede estar asociado con un mayor riesgo de aumento de peso y desarrollo de obesidad.

Diagnóstico diferencial

Bulimia nerviosa. El trastorno por atracón tiene en común los atracones recurrentes con la bulimia nerviosa, pero difiere de este último trastorno en algunos aspectos fundamentales. En términos de presentación clínica, la conducta compensatoria inapropiada recurrente (p. ej., purga, ejercicio impulsado) que se observa en la bulimia nerviosa está ausente en el trastorno por atracón. A diferencia de las personas con bulimia nerviosa, las personas con trastorno por atracón generalmente no muestran una restricción dietética marcada o sostenida diseñada para influir en el peso y la forma corporal entre los episodios de atracones.
Sin embargo, pueden informar intentos frecuentes de hacer dieta. El trastorno por atracón también se diferencia de la bulimia nerviosa en términos de respuesta al tratamiento. Las tasas de mejora son consistentemente más altas

Machine Translated by Google

entre individuos con trastorno por atracón que entre aquellos con bulimia nerviosa.

Obesidad. El trastorno por atracón se asocia con el sobrepeso y la obesidad, pero tiene varias características clave que son distintas de la obesidad. En primer lugar, los niveles de sobrevaloración del peso y la forma corporal son mayores en los individuos obesos que padecen el trastorno que en aquellos que no lo padecen. En segundo lugar, las tasas de comorbilidad psiquiátrica son significativamente más altas entre los individuos obesos que padecen el trastorno en comparación con aquellos que no lo padecen. En tercer lugar, el resultado de los tratamientos psicológicos basados en evidencia para el trastorno por atracón suele ser más exitoso que el tratamiento de la obesidad en individuos con obesidad comórbida y trastorno por atracón.

Trastornos bipolares y depresivos. Los aumentos del apetito y el aumento de peso están incluidos en los criterios. para el episodio depresivo mayor y en los especificadores de características atípicas para

Trastornos depresivos y bipolares. El aumento de la ingesta de alimentos en el contexto de un episodio depresivo mayor puede estar asociado o no con una pérdida de control. Si se cumplen todos los criterios para ambos trastornos, se pueden dar ambos diagnósticos. Los atracones y otros síntomas de trastornos alimentarios se observan en asociación con el trastorno bipolar. Si se cumplen todos los criterios para ambos trastornos, se deben realizar ambos diagnósticos.

Trastorno límite de la personalidad. Los atracones se incluyen en el criterio de conducta impulsiva que forma parte de la definición del trastorno límite de la personalidad. Si se cumplen todos los criterios para ambos trastornos, se deben realizar ambos diagnósticos.

Comorbilidad El

trastorno por atracón se asocia con una comorbilidad psiquiátrica significativa que es comparable a la de la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa. Los trastornos comórbidos más comunes son el trastorno depresivo mayor y el trastorno por consumo de alcohol. La comorbilidad psiquiátrica está relacionada con la gravedad de los atracones y no con el grado de obesidad.

Otro trastorno alimentario o alimentario especificado

F50.89

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de alimentación y alimentación que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos en la alimentación y Clase de diagnóstico de trastornos alimentarios. La otra categoría de trastorno alimentario o alimentario especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de ningún trastorno alimentario o alimentario específico. Esto se hace registrando “otro trastorno alimentario o alimentario específico” seguido del motivo específico (p. ej., “bulimia nerviosa de baja frecuencia”).

Ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" incluyen los siguientes:

Machine Translated by Google

1. Anorexia nerviosa atípica: se cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa, excepto que, a pesar de una pérdida de peso significativa, el peso del individuo está dentro o por encima del rango normal. Las personas con anorexia nerviosa atípica pueden experimentar muchas de las complicaciones fisiológicas asociadas con la anorexia.
nerviosa.
2. Bulimia nerviosa (de baja frecuencia y/o duración limitada): se cumplen todos los criterios de bulimia nerviosa, excepto que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, en promedio, menos de una vez por semana y/o durante menos de 3 meses.

3. Trastorno por atracón (de baja frecuencia y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracón, excepto que el atracón ocurre, en promedio, menos de una vez por semana y/o durante menos de 3 meses.
4. Trastorno purgativo: conducta purgativa recurrente para influir en el peso o la figura (p. ej., vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.

5. Síndrome de alimentación nocturna: episodios recurrentes de alimentación nocturna, que se manifiestan por comer después de despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de la cena. Hay conciencia y recuerdo de lo que se ha comido. La alimentación nocturna no se explica mejor por influencias externas como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. Comer por la noche provoca malestar significativo y/o deterioro del funcionamiento. El patrón desordenado de alimentación no se explica mejor por un trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el uso de sustancias, y no es atribuible a otra afección médica ni al efecto de un medicamento.

Trastorno de alimentación o alimentación no especificado

F50.9

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de alimentación y alimentación que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos en la alimentación y Clase de diagnóstico de trastornos alimentarios. La categoría de trastorno alimentario o alimentario no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide no especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un trastorno alimentario o alimentario específico e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico. ej., en salas de urgencias).

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Trastornos de eliminación

Todos los trastornos de eliminación implican la eliminación inadecuada de orina o heces y generalmente se diagnostican por primera vez en la infancia o la adolescencia. Este grupo de trastornos incluye la enuresis, la evacuación repetida de orina en lugares inadecuados, y la encopresis, el paso repetido de heces a lugares inadecuados. Se proporcionan subtipos para diferenciar la micción nocturna de la diurna (es decir, durante las horas de vigilia) para la enuresis y la presencia o ausencia de estreñimiento e incontinencia por rebosamiento para la encopresis. Aunque existen requisitos de edad mínima para el diagnóstico de ambos trastornos, estos se basan en la edad de desarrollo y no únicamente en la edad cronológica. Ambos trastornos pueden ser voluntarios o involuntarios. Aunque estos trastornos suelen ocurrir por separado, también se puede observar coexistencia.

Enuresis

Criterios de diagnóstico F98.0

A. Evacuación repetida de orina en la cama o la ropa, ya sea involuntaria o intencional.

B. El comportamiento es clínicamente significativo y se manifiesta por una frecuencia de al menos dos veces por semana durante al menos 3 meses consecutivos o la presencia de malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, académicas (ocupacionales) u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. La edad cronológica es de al menos 5 años (o nivel de desarrollo equivalente).

D. El comportamiento no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un diurético, un medicamento antipsicótico) u otra afección médica (p. ej., diabetes, espina bífida, un trastorno convulsivo).

Especificar si: Sólo

nocturna: Paso de orina sólo durante el sueño nocturno.

Sólo diurno: paso de orina durante las horas de vigilia.

Nocturno y diurno: una combinación de los dos subtipos anteriores.

Subtipos El

subtipo de enuresis exclusivamente nocturna, a veces denominado enuresis monosintomática, es el subtipo más común e implica incontinencia sólo durante el sueño nocturno, generalmente durante el primer tercio de la noche. El subtipo diurno únicamente ocurre en ausencia de enuresis nocturna y puede denominarse simplemente incontinencia urinaria. individuos con este

Machine Translated by Google

El subtipo se puede dividir en dos grupos. Los individuos con “incontinencia de urgencia” tienen síntomas de urgencia repentina e inestabilidad del detrusor, mientras que los individuos con “aplazamiento de la micción” posponen conscientemente los impulsos miccionales hasta que se produzca incontinencia. El subtipo nocturno y diurno también se conoce como enuresis no monosintomática.

Características diagnósticas La

característica esencial de la enuresis es la evacuación repetida de orina durante el día o la noche en la cama o la ropa (Criterio A). La mayoría de las veces la micción es involuntaria, pero en ocasiones puede ser intencionada. Para calificar para un diagnóstico de enuresis, la evacuación de orina debe ocurrir al menos dos veces por semana durante al menos 3 meses consecutivos o debe causar malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, académicas (ocupacionales) u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio B).). El individuo debe haber alcanzado una edad en la que se espera la continencia (es decir, una edad cronológica de al menos 5 años o, para niños con retrasos en el desarrollo, una edad mental de al menos 5 años). (Criterio C). La incontinencia urinaria no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un diurético, un medicamento antipsicótico) u otra afección médica (p. ej., diabetes, espina bífida, uréter ectópico en una mujer, válvulas uretrales posteriores en un hombre, cordón anclado , un trastorno convulsivo) (Criterio D).

Funciones asociadas

Durante la enuresis nocturna, ocasionalmente la micción tiene lugar durante el sueño de movimientos oculares rápidos (REM), y el niño puede recordar un sueño que involucraba el acto de orinar. Durante la enuresis diurna (diurna), el niño pospone la micción hasta que ocurre la incontinencia, a veces debido a una renuencia a usar el baño como resultado de la ansiedad social o la preocupación por la escuela o la actividad lúdica. Los eventos enuréticos ocurren con mayor frecuencia a primera hora de la tarde en los días escolares o después de regresar de la escuela. Los niños con problemas de funcionamiento ejecutivo y otros problemas neurológicos que pueden estar asociados con síntomas de conducta disruptiva pueden tener un alto riesgo de sufrir incontinencia urinaria sin conciencia sensorial. No es raro que los niños con incontinencia urinaria diurna y el subtipo de enuresis nocturna y diurna tengan persistencia de la incontinencia después del tratamiento adecuado de una infección asociada.

Predominio

La prevalencia de la incontinencia diurna varía del 3,2% al 9,0% en niños de 7 años, del 1,1% al 4,2% en jóvenes de 11 a 13 años y del 1,2% al 3,0% en adolescentes de 15 a 17 años.

La prevalencia de la enuresis nocturna en la comunidad disminuye con la edad; En varios entornos geográficos, incluidos los Estados Unidos, los Países Bajos y Hong Kong, el rango es de alrededor del 5% al 10% entre los niños de 5 años, del 3% al 5% entre los de 10 años y alrededor del 1% entre los niños de 5 años. personas de 15 años o más. Los niños y los miembros de grupos socialmente oprimidos pueden tener una mayor prevalencia, como se observa en los niños afroamericanos en los Estados Unidos y en los niños turcos o marroquíes en los Países Bajos. El trastorno también puede tener una mayor prevalencia en jóvenes con problemas de aprendizaje o trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

Machine Translated by Google

Desarrollo y evolución La enuresis puede seguir dos cursos: un tipo "primario", en el que el individuo nunca ha establecido continencia urinaria, y un tipo "secundario", en el que la alteración se desarrolla después de un período de continencia urinaria establecida. No existen diferencias en la prevalencia de trastornos mentales comórbidos entre los dos tipos. Por definición, la enuresis primaria comienza a los 5 años. El momento más común de aparición de la enuresis secundaria es entre los 5 y 8 años, pero puede ocurrir en cualquier momento. Después de los 5 años, la tasa de remisión espontánea es del 5 al 10% por año. La mayoría de los niños con este trastorno se vuelven continentes en la adolescencia, pero en aproximadamente el 1% de los casos el trastorno continúa hasta la edad adulta. La enuresis diurna es poco común después de los 9 años. Si bien la incontinencia diurna ocasional no es infrecuente en la niñez media, es sustancialmente más común en aquellos que también tienen otros problemas de salud mental concurrentes, incluidos problemas cognitivos y de comportamiento. Cuando la enuresis persiste hasta el final de la niñez o la adolescencia, la incontinencia puede resolverse, pero la frecuencia urinaria generalmente persiste y la incontinencia puede reaparecer más tarde en la edad adulta en las mujeres.

Factores de riesgo y pronóstico Se han sugerido varios factores predisponentes a la disfunción de la vejiga, incluidos retrasos en el desarrollo y problemas neuropsiquiátricos.

Ambiental. Los factores que se reconoce que están asociados con la disfunción de la vejiga incluyen el retraso en el uso del baño y el estrés psicosocial.

Genético y fisiológico. La enuresis nocturna se ha asociado con un desajuste entre la producción de orina nocturna, la capacidad de almacenamiento de la vejiga nocturna y la capacidad de despertarse del sueño. Detrás de estos mecanismos se encuentran posiblemente trastornos del procesamiento de señales del sistema nervioso central y de la red de modo predeterminado. Sin embargo, el aumento de los umbrales de excitación no significa que estos niños duerman bien; de hecho, la calidad del sueño de los niños enuréticos suele ser mala.

La enuresis nocturna es un trastorno genéticamente heterogéneo. La heredabilidad se ha demostrado en análisis de familias, gemelos y segregación. El riesgo de enuresis nocturna infantil es aproximadamente 3,6 veces mayor en hijos de madres enuréticas y 10,1 veces mayor en presencia de incontinencia urinaria paterna. Las magnitudes de riesgo de enuresis nocturna e incontinencia diurna son similares.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura Se ha informado de enuresis en diversos países europeos, africanos y asiáticos, así como en los Estados Unidos. A nivel nacional, las tasas de prevalencia son notablemente similares y existe una gran similitud en las trayectorias de desarrollo que se encuentran en diferentes países. Sin embargo, las encuestas escolares locales muestran una amplia variación en la prevalencia de la enuresis nocturna en entornos de África, el sur de Asia, Europa y el Caribe (4%-50%), al menos en parte debido a la variación metodológica. Las altísimas tasas de enuresis en orfanatos y otras instituciones residenciales no se explican por el modo o el momento temprano en que se aprende a ir al baño.

Los contextos culturales afectan tanto el diagnóstico como la etiología percibida de la enuresis. Por ejemplo, la medicina tradicional china atribuye la enuresis al yang del riñón a largo plazo (masculino).

Machine Translated by Google

energía) deficiencia. Se ha informado de un mayor impacto en los padres de la enuresis infantil en sociedades con limitaciones económicas para obtener atención para el niño o en el contexto de políticas sociales que restringen el número de hijos (por ejemplo, la política de un solo hijo en China), lo que posiblemente conduzca a un mayor riesgo de Trastornos emocionales de los padres.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

La enuresis nocturna es más común en hombres que en mujeres (casi 2:1). Esta preponderancia masculina es particularmente cierta en los grupos de edad más jóvenes, los casos con una gravedad más leve y los casos que involucran enuresis que ocurre solo por la noche. Las infecciones del tracto urinario se asocian frecuentemente con la enuresis diurna, especialmente en las mujeres. La incontinencia diurna es más común en mujeres que en hombres y la proporción aumenta con la edad. El riesgo relativo de tener un hijo que desarrolle enuresis es mayor para padres previamente enuréticos que para madres previamente enuréticas.

Consecuencias funcionales de la enuresis

La cantidad de deterioro asociado con la enuresis es una función de la limitación de las actividades sociales del niño (por ejemplo, no ser elegible para un campamento para dormir) o su efecto en la autoestima del niño, el grado de ostracismo social por parte de sus compañeros, y la ira, el castigo y el rechazo por parte de los cuidadores.

Diagnóstico diferencial

Vejiga neurogénica u otra condición médica. El diagnóstico de enuresis no se realiza en presencia de una vejiga neurogénica o cualquier otra condición estructural (como una válvula uretral posterior o un uréter ectópico) u otra condición médica que cause poliuria o

urgencia (p. ej., diabetes mellitus o diabetes insípida no tratada) o durante una infección aguda del tracto urinario. Sin embargo, un diagnóstico es compatible con dichas afecciones médicas si la incontinencia urinaria estaba presente regularmente antes del desarrollo de otra afección médica o si persiste después de la institución del tratamiento adecuado de la afección médica.

Efectos secundarios de los medicamentos. La enuresis puede ocurrir durante el tratamiento con medicamentos antipsicóticos, diuréticos u otros medicamentos que pueden inducir estreñimiento, poliuria o alteraciones en el funcionamiento ejecutivo, todo lo cual puede provocar incontinencia. En este caso, el diagnóstico no debe hacerse de forma aislada, sino que puede observarse como un efecto secundario del medicamento. Sin embargo, se puede hacer un diagnóstico de enuresis si la incontinencia urinaria estaba presente regularmente antes del tratamiento con el medicamento.

Comorbilidad

Aunque la mayoría de los niños con enuresis no tienen un trastorno mental comórbido, la prevalencia de síntomas conductuales y de desarrollo comórbidos es mayor en niños con enuresis diurna y nocturna que en niños sin incontinencia. Los retrasos en el desarrollo, incluidos retrasos en el habla, el lenguaje, el aprendizaje y las habilidades motoras, también están presentes en una parte de los niños con enuresis. La encopresis y el estreñimiento están presentes tanto en la incontinencia diurna como nocturna. Síndrome de piernas inquietas y parasomnias, como trastornos del despertar del sueño con movimientos oculares no rápidos.

Machine Translated by Google

(sonambulismo y terror nocturno) se asocian con la enuresis nocturna. Además, existe una relación entre la enuresis nocturna y los ronquidos intensos o la apnea del sueño. Aproximadamente el 50% de los niños enuréticos con trastornos respiratorios del sueño comprobados se secarán al someterse a una adenoamigdalectomía. Las infecciones del tracto urinario son más comunes en niños con incontinencia urinaria diurna y enuresis nocturna no monosintomática, especialmente el subtipo diurno, que en aquellos que son continentes.

encopresis

Criterios de diagnóstico	F98.1

A. Paso repetido de heces a lugares inadecuados (p. ej., ropa, suelo), ya sea involuntario o intencional.

B. Al menos uno de estos eventos ocurre cada mes durante al menos 3 meses.

C. La edad cronológica es de al menos 4 años (o nivel de desarrollo equivalente).

D. El comportamiento no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, laxantes) u otra condición médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

Especificar si: Con

estreñimiento e incontinencia por rebosamiento: Hay evidencia de estreñimiento en el examen físico o en la historia clínica.

Sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento: No hay evidencia de estreñimiento en el examen físico ni en la historia clínica.

Subtipos Las

heces en la encopresis, subtipo “con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento”, característicamente (pero no invariablemente) están mal formadas y las pérdidas pueden ser infrecuentes o continuas y ocurrir a lo largo del día y en ocasiones durante el sueño. Sólo una parte de las heces se elimina al ir al baño y la incontinencia se resuelve después del tratamiento del estreñimiento.

En el subtipo “sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento”, es probable que las heces sean de forma y consistencia normales y la suciedad es intermitente. Las heces pueden depositarse en un

ubicación destacada. Esto suele estar asociado con la presencia de trastorno de oposición desafiante o trastorno de conducta o puede ser consecuencia de la masturbación anal. Ensuciar sin estreñimiento es menos común que ensuciar con estreñimiento.

Características diagnósticas

La característica esencial de la encopresis es el paso repetido de las heces a lugares inadecuados (p. ej., la ropa o el suelo) (Criterio A). La mayoría de las veces el paso es involuntario pero ocasionalmente puede ser

Machine Translated by Google

intencional. El evento debe ocurrir al menos una vez al mes durante al menos 3 meses (Criterio B), y la edad cronológica del niño debe ser de al menos 4 años (o para niños con retrasos en el desarrollo, la edad mental debe ser de al menos 4 años) (Criterio C). La incontinencia fecal no debe ser atribuible exclusivamente a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., laxantes) u otra condición médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento (Criterio D).

Cuando el paso de las heces es involuntario y no intencionado, suele estar relacionado con estreñimiento, impactación y retención con posterior desbordamiento. El estreñimiento puede desarrollarse por razones psicológicas (p. ej., ansiedad por defecar en un lugar particular, un patrón más general de conducta ansiosa o de oposición), lo que lleva a evitar la defecación y a una retención voluntaria excesiva de las heces. Las predisposiciones fisiológicas al estreñimiento incluyen esfuerzos ineficaces o dinámicas de defecación paradójicas, con contracción en lugar de relajación del esfínter externo o del suelo pélvico durante el esfuerzo para defecar. Los hábitos dietéticos (como la ingesta insuficiente de líquidos), la enfermedad celíaca, el hipotiroidismo o un efecto secundario de un medicamento también pueden provocar estreñimiento. Una vez que se ha desarrollado el estreñimiento, puede complicarse con una fisura anal, defecación dolorosa y mayor retención fecal. La consistencia de las heces puede variar. En algunas personas, las heces pueden tener una consistencia normal o casi normal. En otros individuos, como aquellos con incontinencia por rebosamiento secundaria a retención fecal, puede ser líquido.

Funciones asociadas

El niño con encopresis a menudo se siente avergonzado y puede desear evitar situaciones (p. ej., campamento, escuela) que podrían provocarle vergüenza. La magnitud del deterioro es función del efecto sobre la autoestima del niño, el grado de ostracismo social por parte de sus compañeros y la ira, el castigo y el rechazo por parte de los cuidadores. Untar las heces puede ser deliberado o accidental, como resultado del intento del niño de limpiar u ocultar las heces que fueron eliminadas involuntariamente. Cuando la incontinencia es claramente deliberada, también pueden estar presentes características de trastorno de oposición desafiante o trastorno de conducta. Muchos niños con encopresis y estreñimiento crónico también tienen síntomas de enuresis y pueden tener reflujo urinario asociado en la vejiga o los uréteres que puede provocar infecciones urinarias crónicas, cuyos síntomas pueden remitir con el tratamiento del estreñimiento.

Predominio

Se estima que la mayoría de los niños mayores de 4 años con encopresis tienen el subtipo “con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento”. La encopresis afecta a entre el 1% y el 4% de los niños en los países de ingresos altos, mientras que en algunos países asiáticos (Irán, Corea del Sur, Sri Lanka) se ha informado una prevalencia del 2% al 8%. La encopresis es más prevalente entre niños de 4 a 6 años (> 4%) que entre niños de 10 a 12 años (< 2%); La prevalencia también es mayor entre los niños que sufren abuso o abandono temprano y entre los jóvenes de bajos ingresos.

Desarrollo y evolución

La encopresis no se diagnostica hasta que el niño haya alcanzado una edad cronológica de al menos 4 años (o para niños con retrasos en el desarrollo, una edad mental de al menos 4 años). Inadecuado,

entrenamiento inconsistente para ir al baño y estrés psicosocial (p. ej., ingresar a la escuela, el nacimiento de un hermano)

Machine Translated by Google

pueden ser factores predisponentes. Por supuesto, se han descrito dos tipos de evolución: un tipo "primario", en el que el individuo nunca ha establecido la continencia fecal, y un tipo "secundario", en el que la alteración se desarrolla después de un período de continencia fecal establecida. La encopresis puede persistir, con exacerbaciones intermitentes, durante años.

Factores de riesgo y pronóstico

La defecación dolorosa puede provocar estreñimiento y un ciclo de conductas de retención que aumentan la probabilidad de encopresis. El sexo masculino y la edad anterior a la adolescencia son factores de riesgo de encopresis.
Se cree que varios factores contribuyen al desarrollo de la incontinencia fecal, incluidos la ansiedad, la depresión, los trastornos del comportamiento, los factores estresantes psicológicos (p. ej., el acoso escolar, el bajo rendimiento escolar) y el nivel socioeconómico más bajo.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Las diferencias en la ingesta de alimentos y bebidas en diferentes culturas, las condiciones climáticas cálidas en los países tropicales y la adversidad psicosocial pueden influir en la incidencia de estreñimiento, dolor abdominal inexplicable y retención fecal que conducen a encopresis. En algunas sociedades, es posible que los padres no busquen servicios de salud para la encopresis por razones socioculturales. Por ejemplo, es posible que los padres turcos y marroquíes en los Países Bajos no informen sobre encopresis debido a preocupaciones religiosas sobre la impureza de la orina y las heces.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

En niños menores de 5 años, la proporción de género parece ser igual, pero la encopresis tiende a ser más común en niños que en niñas entre los niños mayores, con una proporción que varía globalmente (en la comunidad y en el hospital). basados en estudios) de 2:1 (en los Estados Unidos) a 6:1.

Marcadores de diagnóstico

El diagnóstico de encopresis es un diagnóstico clínico basado en la historia y el examen físico y generalmente no requiere ninguna prueba de diagnóstico. La detección de una impactación fecal rectal mediante tacto rectal apoyaría el diagnóstico de encopresis, con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento. Aunque no está indicada para el diagnóstico de encopresis, una radiografía abdominal que demuestre impactación fecal también apoyaría el diagnóstico de encopresis, con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento. Las pruebas de tránsito colónico, que generalmente implican la ingestión de marcadores radiopacos seguidas de imágenes abdominales para evaluar el tiempo de tránsito colónico, pueden ayudar a diferenciar entre encopresis con o sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento. Las imágenes abdominales que demuestran retención de marcadores radiopacos sugerirían encopresis, con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento, mientras que la evacuación inmediata de los marcadores radiopacos apoyaría el diagnóstico de encopresis, sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento. En ciertos niños, la prueba de manometría anorrectal puede ser útil para comprender mejor los factores fisiológicos que pueden contribuir a la encopresis. La manometría anorrectal permite la evaluación de la función y sensación anorrectal. En el niño con síntomas refractarios o signos que sugieren la presencia de una afección médica subyacente que provoca incontinencia fecal, puede estar indicada una evaluación adicional. Dicha evaluación está diseñada para excluir otras condiciones médicas.

Machine Translated by Google

Consecuencias funcionales de la encopresis La encopresis

se asocia con una disminución significativa en la calidad de vida relacionada con la salud y el funcionamiento familiar, particularmente en niños mayores.

Diagnóstico diferencial Un

diagnóstico de encopresis en presencia de otra afección médica es apropiado sólo si el mecanismo implica estreñimiento que no puede explicarse por otras afecciones médicas. La incontinencia fecal relacionada con otras afecciones médicas (p. ej., diarrea crónica, espina bífida, estenosis anal) no justificaría un diagnóstico de encopresis según el DSM-5.

Comorbilidad La

enuresis suele estar presente en niños con encopresis, particularmente en niños con encopresis, sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento.

Otro trastorno de eliminación especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de eliminación que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos de eliminación. . La categoría de otro trastorno de eliminación especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de ningún trastorno de eliminación específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de eliminación especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "enuresis de baja frecuencia").

Nota de codificación: Código N39.498 para otro trastorno de eliminación especificado con síntomas urinarios; R15.9 para otro trastorno de eliminación especificado con síntomas fecales.

Trastorno de eliminación no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de eliminación que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos de eliminación. . La categoría de trastorno de eliminación no especificado se utiliza en situaciones en las que el

Machine Translated by Google

El médico opta por no especificar el motivo por el cual no se cumplen los criterios para un trastorno de eliminación específico e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en salas de emergencia).

Nota de codificación: Código R32 para trastorno de eliminación no especificado con síntomas urinarios; R15.9 para trastorno de eliminación no especificado con síntomas fecales.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Trastornos del sueño y la vigilia

La clasificación DSM-5 de los trastornos del sueño-vigilia está destinada a médicos de salud mental y médicos generales (aquellos que atienden a personas adultas, geriátricas y pediátricas).

Los trastornos del sueño-vigilia abarcan 10 trastornos o grupos de trastornos: trastorno de insomnio, trastorno de hipersomnolencia, narcolepsia, trastornos del sueño relacionados con la respiración, trastornos del sueño-vigilia del ritmo circadiano, trastornos del despertar del sueño con movimientos oculares no rápidos (NREM), trastorno de pesadillas, movimientos oculares rápidos (REM), trastorno del comportamiento del sueño, síndrome de piernas inquietas y trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos. Las personas con estos trastornos suelen presentar quejas de insatisfacción durante el sueño y la vigilia con respecto a la calidad, el horario y la cantidad del sueño.

La angustia y el deterioro resultantes durante el día son características fundamentales que comparten todos estos trastornos del sueño y la vigilia.

La organización de este capítulo está diseñada para facilitar el diagnóstico diferencial de los trastornos del sueño y la vigilia y aclarar cuándo es apropiada la derivación a un especialista del sueño para una evaluación y planificación del tratamiento adicionales. La nosología de los trastornos del sueño del DSM-5 utiliza un enfoque simple y clínicamente útil, al tiempo que refleja los avances científicos en epidemiología, genética, fisiopatología, evaluación e investigación de intervenciones desde el DSM-IV. El enfoque adoptado para la clasificación de los trastornos del sueño-vigilia en el DSM-5 puede entenderse en el contexto de “agrupación versus división”. Por ejemplo, en algunas categorías (p. ej., trastorno de insomnio), se ha adoptado un enfoque de “agrupación” (es decir, tres categorías que estaban separadas en el DSM-IV: insomnio con otros trastornos mentales, insomnio con otras afecciones médicas e insomnio con otros trastornos). trastornos del sueño, están todos incluidos en la única categoría de insomnio como especificadores), mientras que en otras categorías (p. ej., narcolepsia), se ha adoptado un enfoque de “división” (es decir, hay cuatro subtipos de narcolepsia codificados por separado, como el tipo 1 con cataplejía o deficiencia de hipocretina, y tipo 2 sin cataplejía y sin deficiencia de hipocretina o hipocretina no medida), lo que refleja la disponibilidad de validadores derivados de investigaciones epidemiológicas, neurobiológicas y de intervenciones.

Debido a que el DSM-5 está destinado a médicos generales y de salud mental que no son expertos en medicina del sueño, el DSM-5 presenta un esfuerzo por simplificar la clasificación de los trastornos del sueño-vigilia y, por lo tanto, agrega diagnósticos bajo etiquetas más amplias y menos diferenciadas. Por el contrario, la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, 3ª Edición (ICSD-3), elabora numerosos subtipos de diagnóstico, refleja la ciencia y las opiniones de la comunidad de especialistas del sueño y ha sido elaborada por y para especialistas del sueño.

El enfoque más simple y menos diferenciado para el diagnóstico de los trastornos del sueño-vigilia en el DSM-5 muestra una confiabilidad superior entre evaluadores, así como validez convergente, discriminante y aparente. El texto que acompaña a cada conjunto de criterios de diagnóstico proporciona vínculos con los trastornos correspondientes incluidos en ICSD-3.

El campo de la medicina de los trastornos del sueño ha progresado en esta dirección desde la publicación del DSM-IV. El uso de validadores biológicos está ahora incorporado en la clasificación DSM-5 del sueño.

Machine Translated by Google

trastornos de la vigilia, particularmente para trastornos de somnolencia excesiva, tales como narcolepsia, para los cuales los valores de inmunorreactividad de hipocretina-1 en el líquido cefalorraquídeo pueden ser diagnósticos; para los trastornos del sueño relacionados con la respiración, para los cuales están indicados estudios formales del sueño (es decir, polisomnografía); y para el síndrome de piernas inquietas, que a menudo puede coexistir con movimientos periódicos de las extremidades durante el sueño, detectables mediante polisomnografía.

Trastornos concurrentes y diagnóstico diferencial Los trastornos del sueño suelen ir acompañados de depresión, ansiedad y cambios cognitivos que deben abordarse en la planificación y el manejo del tratamiento. Además, los trastornos persistentes del sueño (tanto el insomnio como la somnolencia excesiva) son factores de riesgo establecidos para el desarrollo posterior de enfermedades mentales (incluidos los trastornos por uso y no uso de sustancias) y otras afecciones médicas. También pueden representar una expresión prodrómica de un episodio de enfermedad mental, permitiendo la posibilidad de una intervención temprana para prevenir o atenuar un episodio en toda regla.

El diagnóstico diferencial de las molestias durante el sueño y la vigilia requiere un enfoque multidimensional, teniendo en cuenta las posibles condiciones clínicas coexistentes, que son la regla y no la excepción. Los trastornos del sueño proporcionan un indicador clínicamente útil de condiciones clínicas que a menudo coexisten con la depresión y otros trastornos mentales comunes. Entre estas comorbilidades destacan los trastornos del sueño relacionados con la respiración, las afecciones cardíacas y pulmonares (p. ej., insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica), los trastornos neurodegenerativos (p. ej., enfermedad de Alzheimer) y los trastornos del sistema musculoesquelético (p. ej., osteoartritis).

Estos trastornos no sólo pueden perturbar el sueño sino que también pueden empeorar durante el sueño (p. ej., apneas prolongadas o arritmias electrocardiográficas durante el sueño REM; despertares confusionales en personas con trastorno neurocognitivo importante; convulsiones en personas con convulsiones parciales complejas). El trastorno de conducta del sueño REM es a menudo un indicador temprano de trastornos neurodegenerativos (alfa sinucleinopatías) como la enfermedad de Parkinson. Por todas estas razones (relacionadas con el diagnóstico diferencial, la comorbilidad clínica y la facilitación de la planificación del tratamiento), los trastornos del sueño se incluyen en el DSM-5.

Conceptos y términos clave La polisomnografía puede medir cuatro etapas distintas del sueño: el sueño REM y tres etapas del sueño NREM (N1, N2 y N3).

- El sueño REM, durante el cual ocurren la mayoría de los sueños típicos parecidos a historias, ocupa alrededor del 20% al 25% del sueño total.
- La etapa 1 del sueño NREM (N1) es una transición de la vigilia al sueño y ocupa aproximadamente el 5% del tiempo que se pasa dormido en condiciones saludables. adultos.
- La etapa 2 del sueño NREM (N2), que se caracteriza por formas de onda electroencefalográficas específicas (husos del sueño y complejos K), ocupa aproximadamente el 50% del tiempo que se pasa dormido.
- La etapa 3 del sueño NREM (N3) (también conocida como sueño de ondas lentas) es el nivel más profundo de sueño y ocupa aproximadamente el 20% del tiempo de sueño en adultos más jóvenes y sanos.

Machine Translated by Google

Estas etapas del sueño tienen una organización temporal característica a lo largo de la noche. N3 tiende a ocurrir entre el primer tercio y la mitad de la noche y su duración aumenta en respuesta a la falta de sueño. El sueño REM ocurre cíclicamente a lo largo de la noche, alternándose con el sueño NREM cada 80 a 100 minutos. Los períodos de sueño REM aumentan en duración hacia la mañana.

El sueño humano también varía característicamente a lo largo de la vida. Después de una relativa estabilidad con grandes cantidades de sueño de ondas lentas en la infancia y la adolescencia temprana, la continuidad y la profundidad del sueño se deterioran en todo el rango de edad adulta. Este deterioro se refleja en un aumento de la vigilia y del sueño N1 y una disminución del sueño N3. Por este motivo, se debe tener en cuenta la edad en el diagnóstico de un trastorno del sueño en cualquier individuo.

La polisomnografía es la monitorización de múltiples parámetros electrofisiológicos durante el sueño.
La mayoría de los estudios polisomnográficos se realizan durante las horas habituales de sueño del individuo, es decir, por la noche. Sin embargo, los estudios polisomnográficos diurnos también se utilizan para cuantificar la somnolencia diurna. El procedimiento diurno más común es el sueño múltiple.

prueba de latencia, en la que se le indica al individuo que se acueste en una habitación oscura y que no se resista a quedarse dormido; este protocolo se repite cinco veces durante el día. La cantidad de tiempo necesario para conciliar el sueño (latencia del sueño) se mide en cada prueba y se utiliza como índice de somnolencia fisiológica.

La siguiente terminología estándar para medidas polisomnográficas se utiliza en todo el
El texto de este capítulo y otros términos proporcionan contexto para la discusión del capítulo:

- La continuidad del sueño se refiere al equilibrio general entre el sueño y la vigilia durante una noche de sueño. Una “mejor” continuidad del sueño indica un sueño consolidado con poca vigilia o fragmentación; Una “peor” continuidad del sueño indica un sueño interrumpido con más vigilia y fragmentación.

  Las medidas específicas de continuidad del sueño incluyen la latencia del sueño: la cantidad de tiempo necesaria para conciliar el sueño (expresada en minutos); despertar después del inicio del sueño: la cantidad de tiempo de vigilia entre el inicio del sueño inicial y el despertar final (expresado en minutos); el número de despertares; y eficiencia del sueño: la proporción entre el tiempo real pasado dormido y el tiempo pasado en la cama (expresado como porcentaje, donde los números más altos indican una mejor continuidad del sueño).
- La arquitectura del sueño se refiere a la cantidad y distribución de etapas específicas del sueño. Las medidas de la arquitectura del sueño incluyen cantidades absolutas de sueño REM y cada etapa de sueño NREM (en minutos), cantidad relativa de sueño REM y etapas de sueño NREM (expresadas como porcentaje del tiempo total de sueño) y latencia entre el inicio del sueño y el primer período REM (latencia REM). Cuando la latencia hasta el inicio del sueño REM es <15 minutos, se emplean los términos REM de inicio del sueño y período REM de inicio del sueño .

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Una revisión de múltiples estudios

encontró que el síntoma de insomnio puede aumentar el riesgo de pensamientos y conductas suicidas y muerte, incluso después de ajustar por depresión, y que las pesadillas aumentan el riesgo de pensamientos y conductas suicidas. En un estudio de estudiantes universitarios, el 31,3% de los que tenían problemas para dormir tenían pensamientos suicidas y, a la inversa, casi todos (82,7%) los individuos con pensamientos suicidas tenían problemas para dormir. Una revisión y declaración de consenso de la Academia Estadounidense de Medicina del Sueño concluyó que en los adolescentes, dormir menos de 8 horas es

Machine Translated by Google

asociado con un mayor riesgo de autolesión, pensamientos suicidas y comportamiento suicida.

Trastorno de insomnio

Criterios de diagnóstico F51.01

A. Una queja predominante de insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño.
asociado con uno (o más) de los siguientes síntomas: 1. Dificultad para

iniciar el sueño. (En los niños, esto puede manifestarse como dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador).

2. Dificultad para mantener el sueño, caracterizada por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño tras despertarse. (En los niños, esto puede manifestarse como dificultad para volver a dormir sin la intervención del cuidador).

3. Despertar temprano en la mañana con imposibilidad de volver a dormir.

B. La alteración del sueño causa malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales, educativas, académicas, conductuales u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. La dificultad para dormir ocurre al menos 3 noches por semana.

D. La dificultad para dormir está presente durante al menos 3 meses.

E. La dificultad para dormir ocurre a pesar de tener oportunidades adecuadas para dormir.

F. El insomnio no se explica mejor ni ocurre exclusivamente durante el curso de otro trastorno del sueño-vigilia (p. ej., narcolepsia, un trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano del sueño-vigilia, una parasomnia).

G. El insomnio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).

H. Los trastornos mentales y las condiciones médicas coexistentes no explican adecuadamente la queja predominante de insomnio.

Especifique

si: Tiene un trastorno mental, incluidos los trastornos por uso de sustancias.
Tiene una afección médica.

Con otro trastorno del sueño Nota de

codificación: el código F51.01 se aplica a los tres especificadores. Codifique también el trastorno mental, la afección médica u otro trastorno del sueño asociado relevante inmediatamente después del código de trastorno de insomnio para indicar la asociación.

Especificar

si: Episódico: Los síntomas duran al menos 1 mes pero menos de 3 meses.

Machine Translated by Google

Persistente: los síntomas duran 3 meses o más.

Recurrente: Dos (o más) episodios en el espacio de 1 año.

Nota: El insomnio agudo y de corta duración (es decir, síntomas que duran menos de 3 meses pero que cumplen todos los criterios con respecto a frecuencia, intensidad, malestar y/o deterioro) deben codificarse como otro trastorno de insomnio especificado.

Nota: El diagnóstico de trastorno de insomnio se da ya sea que ocurra como una condición independiente o sea comórbido con otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor), afección médica (p. ej., dolor) u otro trastorno del sueño (p. ej., trastorno relacionado con la respiración). desorden del sueño). Por ejemplo, el insomnio puede desarrollar su propio curso con algunas características de ansiedad y depresión sin que esas características cumplan con los criterios de ningún trastorno mental en particular.
El insomnio también puede manifestarse como una característica clínica de un trastorno mental más predominante. El insomnio persistente es un factor de riesgo de depresión, trastornos de ansiedad y trastorno por consumo de alcohol y es un síntoma residual común después del tratamiento de estas afecciones. Cuando el insomnio es comórbido con un trastorno mental, es posible que el tratamiento deba centrarse en ambas afecciones. Dados estos diferentes cursos, a menudo es imposible establecer la naturaleza precisa de la relación entre estas entidades clínicas, y esta relación puede cambiar con el tiempo. Por lo tanto, en presencia de insomnio y un trastorno comórbido, no es necesario hacer una atribución causal entre las dos condiciones. Más bien, el diagnóstico de trastorno de insomnio se realiza con la especificación concurrente de las condiciones comórbidas. Sólo se debe considerar un diagnóstico concurrente de insomnio cuando el insomnio es lo suficientemente grave como para justificar atención clínica independiente; de lo contrario, no es necesario un diagnóstico por separado.

Procedimientos de registro

Los especificadores “con trastorno mental, incluidos trastornos por uso de sustancias”; “con condición médica”; y “con otro trastorno del sueño” están disponibles para permitir al médico observar comorbilidades clínicamente relevantes. En tales casos, registre F51.01 trastorno de insomnio, con [nombre de la(s) condición(es) o trastorno(s) comórbido(s)] seguido del código(s) de diagnóstico para las condiciones o trastornos comórbidos (p. ej., F51.01 trastorno de insomnio, con trastorno por consumo moderado de cocaína y neuralgia del trigémino; F14.20 trastorno por consumo moderado de cocaína; G50.0 neuralgia del trigémino).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de insomnio es la insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño, con quejas de dificultad para iniciar o mantener el sueño. Las quejas sobre el sueño van acompañadas de malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento. La alteración del sueño puede ocurrir durante el curso de otro trastorno mental o condición médica, o puede ocurrir de forma independiente.

Pueden ocurrir diferentes manifestaciones de insomnio en diferentes momentos del período de sueño. El insomnio de inicio del sueño (o insomnio inicial) implica dificultad para iniciar el sueño a la hora de acostarse. El insomnio de mantenimiento del sueño (o insomnio medio) implica despertares frecuentes o prolongados.

Machine Translated by Google

a través de la noche. El insomnio tardío implica despertarse temprano en la mañana con incapacidad para volver a dormir. La dificultad para mantener el sueño es el síntoma más común del insomnio y afecta aproximadamente al 60% de las personas con insomnio, seguido del despertar temprano y dificultad para conciliar el sueño, según una muestra nacional de miembros de planes de atención médica de EE. UU. Una combinación de estos síntomas es la presentación más común en general. El tipo específico de problema del sueño suele variar con el tiempo. Las personas que se quejan de dificultad para conciliar el sueño en un momento determinado pueden quejarse más tarde de dificultad para mantener el sueño y viceversa. Los síntomas de dificultad para conciliar el sueño y dificultad para mantener el sueño pueden cuantificarse mediante el autoinforme retrospectivo del individuo, diarios de sueño en los que se recopila información de forma prospectiva u otros métodos, como la actigrafía o la polisomnografía. Sin embargo, el diagnóstico del trastorno de insomnio se basa en la percepción subjetiva del sueño del individuo o en el informe del cuidador. Los informes subjetivos de personas con trastorno de insomnio frecuentemente indican latencias de sueño más largas, mayor tiempo despierto durante la noche y menos tiempo total de sueño de lo que demuestran los datos objetivos (por ejemplo, polisomnográficos). Las razones de esta discrepancia no se comprenden bien, pero se cree que las alteraciones en la neurofisiología subyacente que reflejan la hiperactivación o la activación cortical desempeñan un papel.

El sueño no reparador, una queja de mala calidad del sueño que no deja al individuo descansado al despertar a pesar de la duración adecuada, es una queja común del sueño que generalmente ocurre en asociación con dificultad para iniciar o mantener el sueño, o con menos frecuencia de forma aislada. La relación precisa entre el sueño aislado no reparador y el trastorno de insomnio aún no está clara. La prevalencia del sueño aislado no reparador se ha estimado en alrededor del 5% y, a diferencia de las quejas de insomnio, se informa con mayor frecuencia en personas más jóvenes. Esta queja también puede presentarse en asociación con otro trastorno del sueño (p. ej., trastorno del sueño relacionado con la respiración). Cuando una queja de sueño no reparador ocurre de forma aislada (es decir, en ausencia de dificultad para iniciar y/o mantener el sueño u otros trastornos del sueño-vigilia), se realiza un diagnóstico de otro trastorno del sueño-vigilia específico.

Además de los criterios de frecuencia y duración necesarios para realizar el diagnóstico, son útiles pautas adicionales para cuantificar la gravedad del insomnio. Estas directrices cuantitativas, aunque arbitrarias, se proporcionan únicamente con fines ilustrativos. Por ejemplo, la dificultad para iniciar el sueño se define por una latencia subjetiva del sueño > 20 a 30 minutos, y la dificultad para mantener el sueño se define por un tiempo subjetivo de vigilia después del inicio del sueño > 20 a 30 minutos. Aunque no existe una definición estándar de despertar temprano en la mañana, este síntoma implica despertarse al menos 1 hora antes de la hora programada y antes de que el tiempo total de sueño alcance las 6½ horas. Es fundamental tener en cuenta no sólo la hora final de despertar sino también la hora de acostarse la noche anterior.
Despertarse a las 4:00 a. m. no tiene la misma importancia clínica en quienes se acuestan a las 9:00 p. m. que en quienes se acuestan a las 11:00 p. m. Este síntoma también puede reflejar una disminución de la capacidad dependiente de la edad para mantener el sueño o un cambio dependiente de la edad en el momento del período principal de sueño. Aunque estos criterios cuantitativos se emplean con frecuencia en los diseños de investigación, por sí solos no distinguen de manera confiable a las personas con insomnio de las que duermen normalmente. Además, los individuos cuyas presentaciones ya no cumplen con los criterios de diagnóstico subjetivos para el trastorno de insomnio pueden continuar mostrando alteraciones objetivas según estos parámetros, así como deterioro diurno.

Machine Translated by Google

El trastorno de insomnio implica alteraciones durante el día y dificultades para dormir durante la noche. Estos incluyen fatiga o, con menos frecuencia, somnolencia diurna; este último es más común entre personas mayores y cuando el insomnio es comórbido con otra afección médica (p. ej., dolor crónico) o trastorno del sueño (p. ej., apnea del sueño). El deterioro del rendimiento cognitivo puede incluir dificultades con la atención, la concentración y la memoria, y la realización de habilidades manuales complejas.
Los trastornos del estado de ánimo asociados se describen típicamente como irritabilidad o labilidad del estado de ánimo y, con menor frecuencia, como síntomas depresivos o de ansiedad. No todas las personas con trastornos del sueño nocturno están angustiadas o tienen un deterioro funcional. Por ejemplo, la continuidad del sueño a menudo se ve interrumpida en adultos mayores sanos que, sin embargo, se identifican como buenos durmientes. El diagnóstico de trastorno de insomnio debe reservarse para aquellas personas con malestar diurno significativo o deterioro relacionado con sus dificultades para dormir durante la noche.

Funciones asociadas

El insomnio a menudo se asocia con factores condicionantes y de excitación fisiológica y cognitiva que interfieren con el sueño. La preocupación por el sueño y la angustia atribuible a la incapacidad de dormir pueden conducir a un círculo vicioso: cuanto más se esfuerza el individuo por dormir, más frustración se acumula y perjudica aún más el sueño. Por tanto, la atención y los esfuerzos excesivos para dormir, que anulan los mecanismos normales de inicio del sueño, pueden contribuir al desarrollo del insomnio. Los individuos con insomnio persistente también pueden adquirir hábitos de sueño desadaptativos (p. ej., pasar demasiado tiempo en la cama; seguir un horario de sueño errático; tomar siestas) y cogniciones (p. ej., miedo al insomnio; temor a las alteraciones diurnas; monitorización del reloj) durante el curso del trastorno. . Realizar tales actividades en un entorno en el que el individuo ha pasado frecuentemente noches sin dormir puede agravar aún más la excitación condicionada y perpetuar las dificultades para dormir. Por el contrario, el individuo puede conciliar el sueño más fácilmente cuando no lo intenta.
Algunas personas también informan que duermen mejor cuando están lejos de sus propias habitaciones y de sus rutinas habituales.

El insomnio puede ir acompañado de una variedad de quejas y síntomas diurnos, que incluyen fatiga, disminución de energía y alteraciones del estado de ánimo. Las personas con trastorno de insomnio pueden parecer fatigadas o demacradas o, por el contrario, demasiado excitadas y "activadas". Puede haber una mayor incidencia de síntomas psicofisiológicos relacionados con el estrés (p. ej., cefalea tensional, tensión o dolor muscular, síntomas gastrointestinales); sin embargo, no se observan anomalías consistentes o características en el examen físico. Pueden presentarse síntomas de ansiedad o depresión que no cumplen con los criterios de un trastorno mental específico, así como una atención excesiva a los efectos percibidos de la falta de sueño en el funcionamiento diurno.

Las personas con insomnio pueden tener puntuaciones elevadas en inventarios psicológicos o de personalidad autoinformados con perfiles que indican depresión y ansiedad leves, un estilo cognitivo preocupante, un estilo de resolución de conflictos internalizado y centrado en las emociones y un enfoque somático. Los patrones de deterioro neurocognitivo entre individuos con trastorno de insomnio son inconsistentes, aunque puede haber impedimentos en la realización de tareas de mayor complejidad y aquellas que requieren cambios frecuentes en la estrategia de desempeño. Las personas con insomnio suelen requerir más esfuerzo para mantener el rendimiento cognitivo.

Predominio

Las estimaciones basadas en la población varían, según la muestra y los criterios empleados, pero

Machine Translated by Google

indican que, en varios países, alrededor de un tercio de los adultos reportan síntomas de insomnio, entre el 10% y el 15% experimentan alteraciones diurnas asociadas y entre el 4% y el 22% tienen síntomas que cumplen con los criterios del trastorno de insomnio, con un promedio de alrededor del 10%. El trastorno de insomnio es el más frecuente de todos los trastornos del sueño. En entornos de atención primaria a nivel internacional, aproximadamente entre el 20% y el 40% de las personas se quejan de síntomas importantes de insomnio. Las tasas de prevalencia de las poblaciones médicas y psiquiátricas son significativamente más altas que las de la población general.

especialmente entre personas con trastornos del estado de ánimo, ansiedad y uso de sustancias. Entre el cuarenta y el cincuenta por ciento de las personas con un trastorno de insomnio tienen un trastorno mental comórbido. El insomnio es una dolencia más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, con una proporción de género de aproximadamente 1,3:1 en muestras multinacionales. La proporción de género aumenta a 1,7:1 después de los 45 años. La prevalencia en Noruega entre los adolescentes mayores (16 a 18 años) es casi el doble en las niñas que en los niños. Aunque el insomnio puede ser un síntoma o un trastorno independiente, se observa con mayor frecuencia como una condición comórbida con otra condición médica o trastorno mental.

Desarrollo y evolución La aparición de los síntomas del insomnio puede ocurrir en cualquier momento de la vida, pero el primer episodio es más común en la edad adulta joven. Con menos frecuencia, el insomnio comienza en la infancia o la adolescencia. En las mujeres, la incidencia del insomnio de nueva aparición aumenta con la menopausia y puede persistir incluso después de que se hayan resuelto otros síntomas (p. ej., sofocos). El insomnio puede tener un inicio en una edad avanzada, que a menudo se asocia con la aparición de otras afecciones relacionadas con la salud.

El insomnio puede ser situacional, persistente o recurrente. El insomnio situacional o agudo suele durar unos días o unas semanas y a menudo se asocia con acontecimientos de la vida o cambios rápidos en los horarios o el entorno del sueño. Por lo general, se resuelve una vez que desaparece el evento precipitante inicial. Para algunos individuos, quizás aquellos más vulnerables a los trastornos del sueño, el insomnio puede persistir mucho después del evento desencadenante inicial, posiblemente debido a factores condicionantes y una mayor excitación. Los factores que precipitan el insomnio pueden diferir de los que lo perpetúan. Por ejemplo, un individuo que está postrado en cama por una lesión dolorosa y tiene dificultades para dormir puede desarrollar asociaciones negativas con el sueño. La excitación condicionada puede entonces persistir y provocar insomnio persistente. Un curso similar puede desarrollarse en el contexto de un estrés psicológico agudo o un trastorno mental. Por ejemplo, el insomnio que ocurre durante un episodio de trastorno depresivo mayor puede convertirse en un foco de atención, con el consiguiente condicionamiento negativo, y persistir incluso después de la resolución del episodio depresivo en al menos 40% a 50% de los individuos. En algunos casos, el insomnio también puede tener un inicio insidioso sin ningún factor precipitante identificable.

El curso del insomnio también puede ser episódico, con episodios recurrentes de dificultades para dormir asociados con la aparición de eventos estresantes. Las tasas de cronicidad oscilan entre 45% y 75% en seguimientos de 1 a 7 años. Incluso cuando el curso del insomnio se ha vuelto crónico, hay variabilidad de una noche a otra en los patrones de sueño, con una noche de sueño reparador ocasional intercalada con varias noches de mal sueño. Las características del insomnio también pueden cambiar con el tiempo.
Muchas personas con insomnio tienen antecedentes de sueño “ligero” o que se altera fácilmente antes de la aparición de problemas de sueño más persistentes.

Las quejas de insomnio son más frecuentes entre los adultos de mediana edad y mayores. El tipo de

Machine Translated by Google

Los síntomas del insomnio cambian en función de la edad, siendo las dificultades para iniciar el sueño más comunes entre los adultos jóvenes y los problemas para mantener el sueño con mayor frecuencia entre las personas de mediana edad y mayores.

Las dificultades para iniciar y mantener el sueño también pueden ocurrir en niños y adolescentes, pero hay datos más limitados sobre la prevalencia, los factores de riesgo y la comorbilidad durante estas fases del desarrollo de la vida. Las dificultades para dormir en la infancia pueden deberse a factores condicionantes (p. ej., un niño que no aprende a conciliar el sueño o a volver a dormirse sin la presencia de uno de sus padres) o a la ausencia de horarios de sueño y rutinas consistentes para acostarse.

El insomnio en la adolescencia suele ser desencadenado o exacerbado por horarios de sueño irregulares, especialmente por retrasos en las fases. Tanto en niños como en adolescentes, los factores psicológicos y médicos pueden contribuir al insomnio.

La mayor prevalencia de insomnio en los adultos mayores se explica en parte por la mayor incidencia de problemas de salud física con el envejecimiento. Los cambios en los patrones de sueño asociados con el proceso normal de desarrollo deben diferenciarse de aquellos que exceden los cambios relacionados con la edad.

Las personas mayores pueden experimentar retrasos significativos en el inicio del sueño o despertares frecuentes que no están asociados con quejas o consecuencias diurnas. A pesar de

Aunque la polisomnografía tiene un valor limitado en la evaluación rutinaria del insomnio, puede ser más útil en el diagnóstico diferencial entre adultos mayores porque las condiciones comórbidas asociadas con el insomnio (p. ej., apnea del sueño) son más comunes en personas mayores.

Factores de riesgo y pronóstico Si bien los

factores de riesgo y pronóstico discutidos en esta sección aumentan la vulnerabilidad al insomnio, es más probable que ocurran alteraciones del sueño cuando las personas predispuestas están expuestas a eventos precipitantes, como eventos importantes de la vida (p. ej., enfermedad, separación) o eventos menos graves. pero más estrés diario crónico. La mayoría de las personas reanudan sus patrones de sueño normales después de que el evento desencadenante inicial ha desaparecido, pero otros (quizás los más vulnerables al insomnio) continúan experimentando dificultades persistentes para dormir. Los factores que perpetúan el problema, como los malos hábitos de sueño, la programación irregular del sueño y el miedo a no dormir, alimentan el problema del insomnio y pueden contribuir a un círculo vicioso que puede inducir un insomnio persistente.

Temperamental. La personalidad o los estilos cognitivos propensos a la ansiedad o la preocupación, una mayor predisposición a la excitación, una mayor reactividad al estrés y la tendencia a reprimir las emociones pueden aumentar la vulnerabilidad al insomnio.

Ambiental. El ruido, la luz o las temperaturas demasiado altas o bajas pueden aumentar la vulnerabilidad al insomnio. La gran altitud también puede predisponer al insomnio atribuible a dificultades respiratorias periódicas durante el sueño.

Genético y fisiológico. El sexo femenino y la edad avanzada se asocian con una mayor vulnerabilidad al insomnio. Los trastornos del sueño y el insomnio muestran una disposición familiar. Entre el treinta y cinco y el setenta por ciento de las personas con trastorno de insomnio informan que uno o más familiares de primer grado (más comúnmente, la madre) tienen antecedentes de insomnio. La heredabilidad puede ser mayor en el trastorno de insomnio sin comorbilidades. La prevalencia del insomnio es mayor entre los gemelos monocigóticos que entre los gemelos dicigóticos; también es mayor en familiares de primer grado

Machine Translated by Google

en comparación con la población general. Sigue sin determinarse hasta qué punto este vínculo se hereda a través de una predisposición genética, se aprende mediante observaciones de modelos parentales o se establece como subproducto de otra psicopatología, aunque la reactividad del sueño al estrés parece desempeñar algún papel.

Modificadores de curso. Los modificadores nocivos del curso incluyen prácticas deficientes de higiene del sueño (p. ej., consumo excesivo de cafeína, horarios de sueño irregulares).

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura El insomnio es una experiencia humana universal. La identificación del insomnio como un problema, los modelos explicativos de la afección y las opciones asociadas de búsqueda de ayuda se ven afectados por la cultura. El insomnio puede entenderse como una parte normal del envejecimiento o de la respuesta al estrés, lo que lleva a una baja búsqueda de ayuda o a afrontarlo mediante el apoyo social y actividades tradicionales como la oración.
Los modelos explicativos del insomnio varían mucho, incluidas atribuciones al efecto del medio ambiente (p. ej., humedad) y procesos corporales (p. ej., mala circulación sanguínea, calor interno), entre otros, y pueden estar asociados con la búsqueda de tratamientos no biomédicos.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género La primera aparición en las mujeres suele asociarse con el nacimiento de un nuevo hijo o con la menopausia.
A pesar de una mayor prevalencia entre las mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas, los estudios polisomnográficos sugieren una mejor preservación de la continuidad del sueño y del sueño de ondas lentas en las mujeres mayores que en los hombres mayores.

Marcadores de diagnóstico La polisomnografía generalmente muestra alteraciones de la continuidad del sueño (p. ej., aumento de la latencia del sueño y del tiempo de vigilia después del inicio del sueño y disminución de la eficiencia del sueño [porcentaje de tiempo]).

en la cama dormido]) y puede mostrar un aumento del sueño en la etapa 1 y una disminución del sueño en la etapa 3. La gravedad de estos trastornos del sueño no siempre coincide con la presentación clínica del individuo o la queja subjetiva de falta de sueño, ya que los individuos con insomnio a menudo subestiman la duración del sueño y sobreestiman la vigilia en relación con la polisomnografía. Los análisis electroencefalográficos cuantitativos pueden indicar que los individuos con insomnio tienen una mayor potencia de electroencefalografía de alta frecuencia en relación con los que duermen bien, tanto alrededor del período de inicio del sueño como durante el sueño con movimientos oculares no rápidos, aunque los hallazgos varían según la edad y el sexo. Esta característica es consistente con una mayor excitación cortical. Los estudios de neuroimagen han sugerido una función cerebral regional alterada compatible con hiperexcitación en el insomnio, aunque la interpretación de estos hallazgos es compleja. Las personas con trastorno de insomnio pueden tener una menor propensión a dormir y normalmente no muestran un aumento de la somnolencia diurna en medidas objetivas de laboratorio del sueño en comparación con personas sin trastornos del sueño.

Otras medidas de laboratorio muestran evidencia, aunque no consistente, de un aumento de la excitación y una activación generalizada del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (p. ej., aumento de los niveles de cortisol, variabilidad de la frecuencia cardíaca, reactividad al estrés, aumento de la tasa metabólica). En general, los hallazgos son consistentes con la hipótesis de que el aumento de la excitación fisiológica y cognitiva desempeña un papel importante.

Machine Translated by Google

papel importante en el trastorno de insomnio.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas El síntoma de insomnio se ha identificado como un factor de riesgo independiente para pensamientos y conductas suicidas.

Consecuencias funcionales del trastorno de insomnio Pueden desarrollarse problemas interpersonales, sociales y laborales como resultado del insomnio o de una preocupación excesiva por el sueño, aumento de la irritabilidad durante el día y falta de concentración. La disminución de la atención y la concentración es común y puede estar relacionada con tasas más altas de accidentes observados en personas con insomnio. El insomnio persistente también se asocia con consecuencias a largo plazo, incluido un riesgo doble o mayor de aparición de un trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad y trastornos por uso de sustancias. Los síntomas de insomnio también pueden ser un factor de riesgo de recaída del trastorno depresivo mayor. El trastorno de insomnio, especialmente cuando el sueño es corto (< 6 horas) objetivamente demostrado, es un factor de riesgo importante para numerosas enfermedades cardiovasculares, entre ellas hipertensión, enfermedad de las arterias coronarias/infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedad cerebrovascular. El aumento del ausentismo y la reducción de la productividad en el trabajo, la reducción de la calidad de vida y el aumento de la carga económica también son consecuencias funcionales importantes del trastorno de insomnio.

Diagnóstico diferencial

Variaciones normales del sueño. La duración normal del sueño varía considerablemente entre personas. Algunas personas que necesitan dormir poco ("personas que duermen poco") pueden preocuparse por la duración de su sueño. Las personas que duermen poco se diferencian de las personas con trastorno de insomnio por la falta de dificultad para conciliar o permanecer dormido y por la ausencia de síntomas diurnos característicos (p. ej., fatiga, problemas de concentración, irritabilidad). Sin embargo, algunas personas que duermen poco pueden desear o intentar dormir durante un período de tiempo más largo y, al prolongar el tiempo en la cama, pueden crear un patrón de sueño similar al insomnio. El insomnio clínico también debe distinguirse de los cambios normales del sueño relacionados con la edad. El insomnio también debe distinguirse de la privación de sueño atribuible a oportunidades o circunstancias inadecuadas para dormir resultantes, por ejemplo, de una emergencia o de obligaciones profesionales o familiares que obligan al individuo a permanecer despierto.

Insomnio situacional/agudo. El insomnio situacional/agudo es una afección que dura desde unos pocos días hasta varios semanas, a menudo asociado con estrés agudo debido a acontecimientos de la vida o con cambios en

horarios de sueño. Estos síntomas de insomnio agudo o de corta duración también pueden producir una angustia significativa e interferir con el funcionamiento social, personal y ocupacional. Cuando dichos síntomas son lo suficientemente frecuentes y cumplen con todos los demás criterios, excepto los de 3 meses de duración, se realiza un diagnóstico de otro trastorno de insomnio especificado o de trastorno de insomnio no especificado. Si bien el trastorno a menudo remite con la disminución del estrés o la adaptación al cambio en el horario de sueño, algunas personas desarrollarán patrones de pensamiento y comportamiento desadaptativos que resultan en el desarrollo de un trastorno de insomnio crónico.

Machine Translated by Google

Retraso en la fase del sueño y tipos de trabajo por turnos del trastorno del ritmo circadiano del sueño-vigilia. Las personas con el tipo de trastorno del ritmo circadiano del sueño-vigilia con fase retrasada del sueño informan insomnio al inicio del sueño sólo cuando intentan dormir en horarios socialmente normales, pero no informan dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormidos cuando sus horas de acostarse y levantarse se retrasan y coinciden con su ritmo circadiano endógeno. Este patrón se observa particularmente entre adolescentes y adultos más jóvenes. El tipo de trabajo por turnos se diferencia del trastorno de insomnio por el historial de trabajo por turnos reciente.

Síndrome de piernas inquietas. El síndrome de piernas inquietas suele producir dificultades para iniciar y mantener el sueño. Sin embargo, la necesidad de mover las piernas y cualquier sensación desagradable que la acompañe son características que diferencian este trastorno del trastorno de insomnio.

Trastornos del sueño relacionados con la respiración. La mayoría de las personas con un trastorno del sueño relacionado con la respiración tienen antecedentes de ronquidos fuertes, pausas respiratorias durante el sueño y somnolencia diurna excesiva. No obstante, hasta el 50% de las personas con apnea del sueño también pueden reportar síntomas de insomnio, una característica que es más común entre mujeres y adultos mayores.

Narcolepsia. La narcolepsia puede causar síntomas de insomnio, pero se distingue del trastorno de insomnio por el predominio de síntomas de somnolencia diurna excesiva, cataplexia, parálisis del sueño y alucinaciones relacionadas con el sueño.

Parasomnias. Las parasomnias se caracterizan por una queja de comportamientos o eventos inusuales durante el sueño que pueden provocar despertares intermitentes y dificultad para reanudar el sueño. Sin embargo, son estos acontecimientos conductuales, más que el insomnio per se, los que dominan el cuadro clínico.

Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, tipo insomnio. El trastorno del sueño inducido por sustancias/ medicamentos, tipo insomnio, se distingue del trastorno de insomnio por el hecho de que se considera que una sustancia (es decir, una droga de abuso, un medicamento o la exposición a una toxina) está etiológicamente relacionada con el insomnio (ver “Trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos” más adelante en este capítulo). Por ejemplo, el insomnio que se produce sólo en el contexto de un consumo excesivo de café se diagnosticaría como un trastorno del sueño inducido por la cafeína, de tipo insomnio, que comienza durante la intoxicación.

Comorbilidad

El insomnio es una comorbilidad común de muchas afecciones médicas, que incluyen, entre otras, cáncer, diabetes, enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artritis, fibromialgia, otras afecciones de dolor crónico, enfermedades cerebrales degenerativas y lesiones cerebrales traumáticas. La relación de riesgo parece ser bidireccional: el insomnio aumenta el riesgo de muchas de estas afecciones médicas y los problemas médicos aumentan el riesgo de insomnio. La dirección de la relación no siempre es clara y puede cambiar con el tiempo; por esta razón, el insomnio comórbido es la terminología preferida cuando el insomnio coexiste con otra afección médica (o trastorno mental). El trastorno de insomnio también coexiste con muchos otros trastornos del sueño.

Aproximadamente una de cada siete personas con trastorno de insomnio tiene apnea obstructiva del sueño de moderada a grave. Se estima que las tasas de quejas de insomnio entre personas con narcolepsia son alrededor del 50%.

Las personas con trastorno de insomnio frecuentemente tienen un trastorno mental comórbido, particularmente

Machine Translated by Google

Trastornos bipolares, depresivos y de ansiedad. El insomnio persistente representa un factor de riesgo o un síntoma temprano de trastornos bipolares, depresivos, de ansiedad y por uso de sustancias posteriores. Las personas con insomnio pueden abusar de medicamentos o alcohol para ayudar con el sueño nocturno, ansiolíticos para combatir la tensión o la ansiedad y cafeína u otros estimulantes para combatir la fatiga excesiva durante el día. Además de empeorar el insomnio, este tipo de consumo de sustancias puede, en algunos casos, progresar hasta convertirse en un trastorno por consumo de sustancias.

Relación con la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, tercera edición (ICSD-3), reconoce tres diagnósticos de insomnio: trastorno de insomnio crónico, trastorno de insomnio a corto plazo y otros trastornos de insomnio. El trastorno de insomnio del DSM-5 y el trastorno de insomnio crónico del ICSD-3 son muy paralelos entre sí con respecto a los criterios de síntomas, duración y frecuencia; sin embargo, a diferencia del DSM-5, el ICSD-3 no incluye una designación separada para el trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos, tipo insomnio.

Trastorno de hipersomnolencia

Criterios de diagnóstico F51.11

A. Somnolencia excesiva (hipersomnolencia) autoinformada a pesar de un período de sueño principal que dura al menos 7 horas, con al menos uno de los siguientes síntomas: 1. Períodos recurrentes de sueño o lapsos de sueño dentro del mismo día.

2. Un episodio de sueño principal prolongado de más de 9 horas por día que no es reparador (es decir, no reparador).

3. Dificultad para estar completamente despierto después de un despertar abrupto.

B. La hipersomnolencia ocurre al menos tres veces por semana, durante al menos 3 meses.

C. La hipersomnolencia se acompaña de malestar o deterioro significativo en áreas cognitivas, sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La hipersomnolencia no se explica mejor ni ocurre exclusivamente durante el curso de otro trastorno del sueño (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano sueño-vigilia o parasomnia).

E. La hipersomnolencia no es atribuible a los efectos fisiológicos de un sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).

F. Los trastornos médicos y mentales coexistentes no explican adecuadamente la queja predominante de hipersomnolencia.

Especifique

si: Tiene un trastorno mental, incluidos los trastornos por uso de sustancias. Tiene una afección médica.

Con otro trastorno del sueño

Machine Translated by Google

Nota de codificación: El código F51.11 se aplica a los tres especificadores. Codifique también el trastorno mental, la afección médica u otro trastorno del sueño asociado relevante inmediatamente después del código de trastorno de hipersomnolencia para indicar la asociación.

Especifique si:

Aguda: Duración inferior a 1 mes.

Subaguda: Duración de 1 a 3 meses.

Persistente: Duración superior a 3 meses.

Especifique la gravedad actual:

especifique la gravedad según el grado de dificultad para mantener el estado de alerta durante el día, manifestado por la aparición de múltiples ataques de somnolencia irresistible en un día determinado, que ocurren, por ejemplo, mientras está sedentario, conduce, visita a amigos o trabaja.

Leve: Dificultad para mantener el estado de alerta durante el día 1 a 2 días por semana.

Moderado: Dificultad para mantener el estado de alerta durante el día 3 a 4 días por semana.

Grave: Dificultad para mantener el estado de alerta durante el día 5 a 7 días por semana.

Procedimientos de registro Los

especificadores “con trastorno mental, incluidos trastornos por uso de sustancias”; “con condición médica”; y “con otro trastorno del sueño” están disponibles para permitir al médico observar comorbilidades clínicamente relevantes. En tales casos, registre F51.11 trastorno de hipersomnolencia, con [nombre de la(s) condición(es) o trastorno(s) comórbido(s)] seguido del(los) código(s) de diagnóstico para las condiciones o trastornos comórbidos (p. ej., F51.11 trastorno de hipersomnolencia, con trastorno depresivo mayor; F33.1 trastorno depresivo mayor, recurrente, moderado).

Características diagnósticas El

trastorno de hipersomnolencia incluye síntomas de cantidad excesiva de sueño (p. ej., sueño nocturno prolongado o siestas largas), somnolencia e inercia del sueño (es decir, un período de deterioro del rendimiento y vigilancia reducida después de despertarse de un episodio de sueño regular o de una siesta). (Criterio A). Los individuos con este trastorno generalmente se duermen rápidamente y tienen una buena eficiencia del sueño (>90%). Por lo general, las personas sienten que la somnolencia se desarrolla durante un período de tiempo, en lugar de experimentar un “ataque” de sueño repentino. Los episodios de sueño involuntarios suelen ocurrir en situaciones sedentarias (p. ej., mientras asisten a conferencias, leen, miran televisión o conducen largas distancias), pero en casos más graves pueden manifestarse en situaciones de gran atención, como en el trabajo, en reuniones o en eventos sociales. reuniones. La necesidad persistente de dormir puede conducir a una conducta automática (normalmente de tipo muy rutinario y de baja complejidad) que el individuo lleva a cabo con poco o ningún recuerdo posterior. Por ejemplo, es posible que las personas hayan conducido varios kilómetros desde donde pensaban que estaban, sin darse cuenta de la conducción “automática” que habían realizado en los minutos anteriores.

Machine Translated by Google

Alrededor del 40 % de las personas con trastorno de hipersomnolencia pueden tener inercia del sueño (también conocida como “borrachera del sueño”), y este síntoma puede ayudar a diferenciar el trastorno de hipersomnolencia de otras causas de somnolencia. Pueden tener dificultades para despertarse por la mañana y, a veces, parecen confundidos, combativos o atáxicos. Las personas pueden configurar varios despertadores o depender de otros para que los ayuden a levantarse de la cama. La inercia del sueño también puede ocurrir al despertar de una siesta diurna. Durante ese período, el individuo parece despierto, pero la coordinación motora está alterada, el comportamiento puede ser inapropiado y pueden ocurrir déficits de memoria, desorientación en el tiempo y el espacio y sensación de aturdimiento. Este período puede durar desde algunos minutos hasta horas.

Para algunas personas con trastorno de hipersomnolencia, el episodio principal de sueño (para la mayoría de las personas, el sueño nocturno) tiene una duración de 9 horas o más. En los casos más extremos, los episodios de sueño pueden durar hasta 20 horas. Sin embargo, el sueño suele ser no reparador y va seguido de dificultad para despertarse por la mañana. Para otros individuos con trastorno de hipersomnolencia, el episodio principal de sueño es el de duración normal del sueño nocturno (7 a 9 horas) y toman siestas diurnas relativamente largas (> 1 hora) que no mejoran el estado de alerta. La mayoría de las personas con trastorno de hipersomnolencia toman siestas diurnas casi todos los días, independientemente de la duración del sueño nocturno. Si bien muchas personas con hipersomnolencia pueden reducir su tiempo de sueño durante los días laborales, el sueño durante los fines de semana y días festivos aumenta considerablemente (hasta 3 horas).

Funciones asociadas

Aproximadamente el 80% de las personas con trastorno de hipersomnolencia informan que su sueño no es reparador, pero este síntoma no es específico y puede ocurrir con trastornos que interrumpen el sueño, como la apnea obstructiva del sueño. Las siestas suelen ser largas (> 1 hora) y poco refrescantes. Las siestas cortas (es decir, de menos de 30 minutos) suelen ser poco refrescantes. Las personas con hipersomnolencia a menudo parecen somnolientas e incluso pueden quedarse dormidas en la sala de espera del médico.

Un subconjunto de personas con trastorno de hipersomnolencia tiene antecedentes familiares de hipersomnolencia y también síntomas de disfunción del sistema nervioso autónomo, como cefaleas recurrentes de tipo vascular, reactividad del sistema vascular periférico (fenómeno de Raynaud) y desmayos.

Predominio

Aproximadamente entre el 5% y el 10% de las personas en Estados Unidos que consultan en clínicas de trastornos del sueño con quejas de somnolencia diurna reciben un diagnóstico de trastorno de hipersomnolencia. Se estima que alrededor del 1% de la población general europea y estadounidense tiene episodios de inercia del sueño. La hipersomnolencia ocurre con una frecuencia relativamente igual en hombres y mujeres.

Desarrollo y evolución El trastorno de

hipersomnolencia suele comenzar al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta, con una edad media de inicio de 17 a 24 años y una progresión gradual a lo largo de semanas o meses. Se sabe poco sobre la historia natural, pero en la mayoría de los individuos los síntomas son persistentes y estables, a menos que se inicie un tratamiento. La remisión espontánea ocurre en alrededor del 11% al 25% de las personas después de 5 a 7 años. Las personas con trastorno de hipersomnolencia son diagnosticadas, en promedio, entre 10 y 15 años después de la aparición de los primeros síntomas. Los casos pediátricos son raros. El desarrollo de otros sueños.

Machine Translated by Google

Los trastornos (p. ej., trastornos del sueño relacionados con la respiración) pueden empeorar el grado de somnolencia.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La hipersomnolencia puede aumentar temporalmente por el estrés psicológico y el consumo de alcohol, pero no se han documentado como factores precipitantes ambientales. Se ha informado que las infecciones virales precedieron o acompañaron a la hipersomnolencia en aproximadamente el 10% de los casos. La hipersomnolencia es común en los meses posteriores a una lesión cerebral traumática.

Genético y fisiológico. La hipersomnolencia puede ser familiar, con un modo de herencia autosómico dominante.

Marcadores de diagnóstico La polisomnografía nocturna demuestra una duración del sueño de normal a prolongada, una latencia del sueño corta y una continuidad del sueño de normal a aumentada. La distribución nocturna del sueño con movimientos oculares rápidos (REM) también es normal. La eficiencia del sueño suele ser > 90 %. La prueba de latencia múltiple del sueño documenta la tendencia del sueño, normalmente indicada por valores medios de latencia del sueño de < 8 minutos. En el trastorno de hipersomnolencia, la latencia media del sueño suele ser < 10 minutos y con frecuencia 8 minutos o menos. Los períodos REM de inicio del sueño (es decir, la aparición de sueño REM dentro de los 20 minutos posteriores al inicio del sueño) pueden estar presentes, pero ocurren con poca frecuencia. Desafortunadamente, la prueba de latencia múltiple del sueño tiene poca confiabilidad test-retest y no distingue bien entre el trastorno de hipersomnolencia y la narcolepsia tipo 2.

Un diario de sueño de dos semanas puede ayudar a documentar la cantidad y el horario del sueño, y la actigrafía proporciona datos más precisos sobre los patrones habituales de sueño. En un protocolo de reposo en cama de 32 horas en el que se animaba a los sujetos a dormir a voluntad, los individuos con trastorno de hipersomnolencia durmieron > 4 horas más que los sujetos de control.

Consecuencias funcionales del trastorno de hipersomnolencia El bajo nivel de alerta que se produce mientras un individuo lucha contra la necesidad de dormir puede provocar una reducción de la eficiencia, una disminución de la concentración y una mala memoria durante las actividades diurnas.
La hipersomnolencia puede provocar angustia y disfunción significativas en el trabajo y las relaciones sociales. El sueño nocturno prolongado y la dificultad para despertarse pueden dificultar el cumplimiento de las obligaciones matutinas, como llegar a tiempo al trabajo. Los episodios de sueño diurno involuntarios pueden ser vergonzosos e incluso peligrosos si, por ejemplo, la persona está conduciendo u operando maquinaria cuando ocurre el episodio.

Diagnóstico Diferencial

Variación normativa en el sueño. La duración "normal" del sueño varía considerablemente en la población general. Las personas que duermen mucho (es decir, las personas que requieren una cantidad de sueño superior a la media) no tienen somnolencia excesiva, inercia del sueño ni comportamiento automático cuando obtienen la cantidad necesaria de sueño nocturno. Se dice que el sueño es refrescante. Si las exigencias sociales u laborales provocan un sueño nocturno más corto, pueden aparecer síntomas diurnos. En hipersomnolencia

Machine Translated by Google

En este trastorno, por el contrario, los síntomas de somnolencia excesiva ocurren independientemente de la duración del sueño nocturno.

Una cantidad inadecuada de sueño nocturno, o el síndrome de sueño insuficiente inducido por el comportamiento, puede producir síntomas de somnolencia diurna muy similares a los del trastorno de hipersomnolencia. Una duración promedio del sueño de menos de 7 horas por noche sugiere fuertemente un sueño nocturno inadecuado; sin embargo, en los Estados Unidos, el adulto promedio duerme sólo 6,75 horas en las noches típicas de la semana. Las personas con un sueño nocturno inadecuado suelen "ponerse al día" con períodos de sueño más prolongados en los días en que están libres de exigencias sociales u ocupacionales o en vacaciones. No se debe realizar un diagnóstico de trastorno de hipersomnolencia si hay dudas sobre la idoneidad de la duración del sueño nocturno. Una prueba diagnóstica y terapéutica de prolongación del sueño durante 10 a 14 días a menudo puede aclarar el diagnóstico.

Narcolepsia. Al igual que en el trastorno de hipersomnolencia, las personas con narcolepsia tienen somnolencia crónica, pero varios hallazgos clínicos y de laboratorio ayudan a distinguir los trastornos. A diferencia de aquellos con trastorno de hipersomnolencia, las personas con narcolepsia tienden a dormir de 7 a 8 horas al día y, en general, se sienten renovados al despertarse por la mañana. Las personas con narcolepsia generalmente se sienten más alerta después de una siesta de 15 a 20 minutos, mientras que las personas con trastorno de hipersomnolencia tienden a tomar siestas más largas, tienen problemas para despertarse y no se sienten alerta después.

Los individuos con narcolepsia también tienen cantidades variables de cataplejía, alucinaciones hipnagógicas, parálisis del sueño y sueño nocturno fragmentado, mientras que la cataplejía nunca ocurre en el trastorno de hipersomnolencia y los otros síntomas son poco comunes. La prueba de latencia múltiple del sueño generalmente muestra más de dos períodos REM de inicio del sueño en la narcolepsia.

Fatiga como síntoma de otro trastorno mental o condición médica. El trastorno de hipersomnolencia debe distinguirse del cansancio relacionado con la fatiga que puede ser un síntoma de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada) o afección médica (p. ej., síndrome de fatiga crónica). A diferencia de la hipersomnolencia, el cansancio no necesariamente se alivia con un mayor sueño y no está relacionado con la cantidad o calidad del sueño.

Trastornos del sueño relacionados con la respiración. La somnolencia crónica es común en los trastornos del sueño relacionados con la respiración. Las personas con hipersomnolencia y trastornos del sueño relacionados con la respiración pueden tener patrones similares de somnolencia excesiva. Los trastornos del sueño relacionados con la respiración se sugieren por antecedentes de ronquidos fuertes, pausas en la respiración durante el sueño y sueño no reparador. El examen a menudo revela obesidad, vías respiratorias pequeñas y un diámetro de cuello grande. La hipertensión es común y algunas personas pueden presentar signos de insuficiencia cardíaca. Los estudios polisomnográficos pueden confirmar la presencia de eventos de apnea en el trastorno del sueño relacionado con la respiración (y su ausencia en el trastorno de hipersomnolencia).

Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia. A diferencia de las personas con trastorno de hipersomnolencia, las personas con subtipos específicos de trastorno del ritmo circadiano del sueño-vigilia muestran patrones temporales específicos de síntomas. Por ejemplo, las personas con un tipo de fase de sueño retrasada a menudo tienen inercia del sueño y somnolencia por la mañana y se sienten más alerta por la tarde y la noche, y habitualmente se acuestan tarde. Por el contrario, aquellos con un tipo de fase de sueño avanzada tienen sueño y se acuestan temprano en la noche, pero están alerta y se despiertan fácilmente temprano en la mañana.

Parasomnias. Parasomnias como los trastornos del despertar del sueño no REM (sonambulismo/terrores nocturnos)

Machine Translated by Google

o el trastorno de conducta del sueño REM rara vez producen el sueño nocturno prolongado y tranquilo o la somnolencia diurna característica del trastorno de hipersomnolencia. Sin embargo, las parasomnias como el trastorno de las pesadillas, que pueden provocar una reducción significativa del tiempo total de sueño, posiblemente se manifiesten con somnolencia diurna.

Hipersomnolencia en otros trastornos mentales y condiciones médicas. El trastorno de hipersomnolencia debe distinguirse de la hipersomnolencia que se produce como síntoma de otro trastorno mental (p. ej., episodio depresivo mayor, especialmente episodios con características atípicas) o afección médica (p. ej., ciertos cánceres, esclerosis múltiple). Si la queja predominante de somnolencia excesiva se explica adecuadamente por otro trastorno mental o afección médica, entonces no se justifica un diagnóstico adicional de trastorno de hipersomnolencia. Sin embargo, si la hipersomnolencia no se explica adecuadamente por un trastorno mental o afección médica comórbida (p. ej., la gravedad y la naturaleza de la hipersomnolencia exceden con creces lo que se esperaría del trastorno mental o afección médica), se justifica un diagnóstico adicional de trastorno de hipersomnolencia. .

Comorbilidad

Muchas personas con trastorno de hipersomnolencia tienen síntomas de depresión que pueden cumplir los criterios de un trastorno depresivo. Esta presentación puede estar relacionada con las consecuencias psicosociales del aumento persistente de la necesidad de dormir. Más de la mitad de las personas con trastorno de hipersomnolencia tienen síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Las personas con trastorno de hipersomnolencia también corren riesgo de sufrir trastornos relacionados con sustancias, particularmente relacionados con la automedicación con estimulantes. Esta falta general de especificidad puede contribuir a perfiles muy heterogéneos entre los individuos cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos del trastorno de hipersomnolencia. Las enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y la atrofia multisistémica, también pueden estar asociadas con la hipe

Relación con la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño

La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, tercera edición (ICSD-3), diferencia nueve subtipos de "trastornos centrales de hipersomnolencia", incluidos trastornos no cubiertos en el DSM, como el síndrome de Kleine-Levin (episodios recurrentes de hipersomnia), hipersomnolencia debida a una afección médica/neurológica o consumo de sustancias, y síndrome de sueño insuficiente.

Narcolepsia

Criterios de diagnóstico

A. Períodos recurrentes de una necesidad incontenible de dormir, quedarse dormido o tomar siestas que ocurren dentro del mismo día. Estos deben haber ocurrido al menos tres veces por semana durante los últimos 3 meses.

B. La presencia de al menos uno de los siguientes:

Machine Translated by Google

1. Episodios de cataplexia, definidos como (a) o (b), que ocurren al menos unas cuantas veces al mes:
   a. En personas con
   enfermedad de larga duración, episodios breves (de segundos a minutos) de pérdida repentina bilateral del tono muscular con mantenimiento de la conciencia que se precipitan con la risa o las bromas.
   b. En niños o en individuos dentro de los 6 meses posteriores al inicio, muecas espontáneas o episodios de apertura de la mandíbula con empuje de la lengua o hipotonía global, sin ningún desencadenante emocional obvio.
2. Deficiencia de hipocretina, medida utilizando valores de inmunorreactividad de hipocretina-1 en el líquido cefalorraquídeo (LCR) (menos o igual a un tercio de los valores obtenidos en sujetos sanos analizados usando el mismo ensayo, o menos o igual a 110 pg/mL) . No se deben observar niveles bajos de hipocretina-1 en el LCR en el contexto de una lesión cerebral aguda, inflamación o infección.
3. Polisomnografía del sueño nocturno que muestre una latencia del sueño de movimientos oculares rápidos (REM) menor o igual a 15 minutos, o una prueba de latencia múltiple del sueño que muestre una latencia media del sueño menor o igual a 8 minutos y dos o más períodos REM de inicio del sueño.

Especifique si:

G47.411 Narcolepsia con cataplejía o deficiencia de hipocretina (tipo 1): se cumple el Criterio B1 (episodios de cataplejía) o el Criterio B2 (niveles bajos de hipocretina-1 en el LCR).

G47.419 Narcolepsia sin cataplexia y sin deficiencia de hipocretina o hipocretina no medida (tipo 2): se cumple el Criterio B3 (polisomnografía positiva/prueba de latencia múltiple del sueño), pero no se cumple el Criterio B1 (es decir, no hay cataplejía presente) y el Criterio B2 no se cumple (es decir, los niveles de hipocretina-1 en el LCR no son bajos o no se han medido).

G47.421 Narcolepsia con cataplexia o deficiencia de hipocretina debida a una afección médica

G47.429 Narcolepsia sin cataplexia y sin deficiencia de hipocretina debida a una afección médica

Nota de codificación: Para el subtipo de narcolepsia con cataplejía o deficiencia de hipocretina debido a una afección médica y el subtipo de narcolepsia sin cataplejía y sin deficiencia de hipocretina debido a una afección médica, codifique primero la afección médica subyacente (p. ej., distrofia miotónica G71.11; G47. 429 narcolepsia sin cataplexia y sin deficiencia de hipocretina por distrofia miotónica).

Especifique la gravedad

actual: Leve: Necesidad de siestas sólo una o dos veces al día. La alteración del sueño, si está presente, es leve. La cataplexia, cuando está presente, es poco frecuente (ocurre menos de una vez por semana).

Moderado: Necesidad de varias siestas al día. El sueño puede verse moderadamente alterado. La cataplexia, cuando está presente, ocurre a diario o cada pocos días.

Machine Translated by Google

Grave: somnolencia casi constante y, a menudo, sueño nocturno muy perturbado (que puede incluir movimientos corporales excesivos y sueños vívidos). La cataplexia, cuando está presente, es resistente a los medicamentos y presenta múltiples ataques diarios.

Subtipos

El diagnóstico de narcolepsia tipo 1 (NT1; es decir, con cataplejía o deficiencia de hipocretina) se basa con mayor frecuencia en la presencia de somnolencia recurrente y cataplejía (dado el uso limitado de determinaciones de hipocretina en el líquido cefalorraquídeo [LCR]). Sin embargo, la cataplexia puede surgir años después de la aparición de la somnolencia. Por lo tanto, a algunas personas se les puede asignar inicialmente un diagnóstico de narcolepsia tipo 2 (NT2; es decir, sin cataplexia y sin deficiencia de hipocretina o con hipocretina no medida), basado en la somnolencia y los resultados positivos de la prueba de latencia múltiple del sueño (MSLT), solo para ser diagnosticados. reasignado a un diagnóstico de NT1 después de la aparición de cataplejía.

NT1 establecido mediante la demostración de niveles bajos de hipocretina en el LCR puede manifestarse sin evidencia de cataplexia clara. Deben descartarse otras explicaciones para la somnolencia diurna excesiva (p. ej., falta de sueño, trabajo por turnos, otros trastornos del sueño) y episodios de pérdida repentina del tono muscular (p. ej., convulsiones, caídas de otro origen, trastorno de síntomas neurológicos funcionales [trastorno de conversión]) .

NT2 se establece sobre la base de la somnolencia crónica y los hallazgos característicos de la polisomnografía del sueño nocturno (p. ej., latencia corta del sueño REM) o hallazgos MSLT que muestran una latencia media del sueño corta y dos o más períodos REM de inicio del sueño (SOREMP).

NT1 y NT2 pueden ser el resultado de otras afecciones neurológicas, infecciosas, metabólicas y genéticas. Los trastornos hereditarios, los tumores y los traumatismos craneoencefálicos son las causas más comunes de narcolepsia secundaria. En otros casos, la destrucción de las neuronas hipocretinas puede ser secundaria a un traumatismo o a una cirugía hipotalámica. Sin embargo, los traumatismos craneales o las infecciones del sistema nervioso central pueden producir disminuciones transitorias de los niveles de hipocretina-1 en el LCR sin pérdida de células de hipocretina, lo que complica el diagnóstico.

Otras etiologías incluyen lesiones inflamatorias debidas a esclerosis múltiple y encefalomielitis aguda diseminada, trastornos vasculares como accidente cerebrovascular y encefalitis. La ataxia cerebelosa autosómica dominante, sordera y narcolepsia, o ADCA DN, es un trastorno degenerativo familiar debido a mutaciones sin sentido del gen de la ADN metiltransferasa (DNMT1). La cataplexia con cierto grado de somnolencia puede ser causada por otras afecciones neurológicas, como el síndrome de Prader-Willi, la enfermedad de Niemann-Pick tipo C, el síndrome de Möbius y la enfermedad de Norrie.

También se ha informado de deficiencia de hipocretina en la enfermedad de Parkinson. Se ha informado una fisiología similar a NT2 en la distrofia miotónica y el síndrome de Prader-Willi.

Características diagnósticas

Las características esenciales de la narcolepsia son siestas diurnas recurrentes o lapsos de sueño que ocurren típicamente a diario pero que deben ocurrir un mínimo de tres veces por semana durante al menos 3 meses (Criterio A), y van acompañadas de uno o más de los siguientes síntomas: siguientes: cataplexia (Criterio B1), deficiencia de hipocretina (Criterio B2) o anomalías características en una polisomnografía nocturna o en el MSLT (Criterio B3). En la mayoría de las personas con NT1, el primer síntoma que se manifiesta es somnolencia o una mayor necesidad de dormir, seguido de cataplexia. La somnolencia empeora en circunstancias sedentarias y normalmente se alivia con siestas breves (de 10 a 20 minutos).

NT1 generalmente se manifiesta con cataplejía, típicamente episodios breves (de segundos a 2 minutos) de

Machine Translated by Google

Pérdida repentina y bilateral del tono muscular precipitada por las emociones. Una variedad de emociones positivas pueden desencadenar cataplexia, incluidas las asociadas con la risa, la anticipación o la sorpresa. Con menos frecuencia, la cataplexia puede ser provocada por emociones negativas como la ira y la vergüenza.
Los músculos afectados incluyen los del cuello, la mandíbula, los brazos, las piernas o todo el cuerpo, lo que provoca que la cabeza se balancee, se quede boquiabierto o se caiga por completo. Los individuos están despiertos y conscientes durante la cataplejía. La cataplexia no debe confundirse con la "debilidad" que ocurre en

en el contexto de actividades deportivas (fisiológicas) o exclusivamente después de desencadenantes emocionales inusuales como estrés o ansiedad (lo que sugiere una posible psicopatología).

En niños y rara vez en adultos con inicio agudo de síntomas NT1, la cataplexia puede manifestarse como hipotonía continua en lugar de episodios episódicos de debilidad desencadenados por emociones fuertes. Esta hipotonía continua puede provocar inestabilidad en la marcha, ptosis y mandíbula floja. Superpuestos a esta debilidad muscular, algunos individuos pueden presentar fenómenos como protrusión de la lengua y muecas. Esta cataplexia estática es más común dentro de los 6 meses posteriores a un inicio rápido.

La NT1 se debe a la pérdida de neuronas hipotalámicas que producen los neuropéptidos de hipocretina (orexina), y las concentraciones de hipocretina en el LCR suelen ser inferiores a un tercio de los valores de control (< 110 pg/ml en la mayoría de los laboratorios). Se ha demostrado que los individuos con cataplexia tienen niveles bajos de hipocretina en el LCR en 85% a 90% de los casos. Por el contrario, la mayoría de las personas con NT2 tienen niveles normales o intermedios de hipocretina en el LCR. Por tanto, la deficiencia de hipocretina es una prueba diagnóstica suficiente para NT1 (Criterio B2). Si se mide la hipocretina en el LCR y no es baja, el diagnóstico de NT2 se basa en los síntomas clínicos (Criterio A) y los datos de los estudios del sueño descritos en el Criterio B3.

Una polisomnografía nocturna seguida de una MSLT es el método convencional para confirmar el diagnóstico tanto de NT1 (si la prueba de hipocretina no está disponible o no es factible) como de NT2 (Criterio B3). Estas pruebas deben realizarse después de que el individuo haya suspendido todos los medicamentos psicotrópicos (durante un período basado en la vida media de eliminación) y haya obtenido un tiempo de sueño adecuado en un horario normal de sueño y vigilia (como se documenta con diarios de sueño o, preferiblemente, actigrafía), idealmente. por 2 semanas. En particular, la interrupción abrupta de antidepresivos, medicamentos agonistas α-adrenérgicos o estimulantes o el uso de estos medicamentos durante las pruebas puede alterar la fisiología del sueño REM.

El resultado de MSLT debe ser positivo para un diagnóstico de NT2 y mostrar una latencia media del sueño ≤ 8 minutos más al menos dos SOREMP; Específicamente, el sueño REM debe ocurrir en al menos dos de las cinco oportunidades de siesta. Alternativamente, un período REM de inicio del sueño nocturno (nSOREMP; latencia de inicio del sueño REM ≤ 15 minutos) durante la polisomnografía es suficiente para confirmar el diagnóstico y cumple con el Criterio B3. Un nSOREMP es altamente específico para NT1 (95%–97%), pero solo moderadamente sensible (54%–57%). Los resultados falsos positivos de los SOREMP pueden ocurrir con el trabajo por turnos, los trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia, la apnea obstructiva del sueño grave, los efectos de los medicamentos y el trastorno del sueño insuficiente.

La polisomnografía nocturna y la MSLT tienen limitaciones diagnósticas, especialmente en NT2.
Si bien la confiabilidad de las pruebas de diagnóstico MSLT es relativamente alta, entre 85% y 95% para NT1, la confiabilidad para el diagnóstico de NT2 es peor. La confiabilidad test-retest puede ser < 50%. Esta poca confiabilidad puede deberse a la variabilidad diaria en la fisiología del NT2 y a los aspectos técnicos del polisomnograma y las pruebas MSLT, especialmente la atención inadecuada al horario/horario de sueño previo y al uso de medicamentos/drogas.

Machine Translated by Google

Niveles normales o intermedios de hipocretina en el LCR entre individuos con síntomas de cataplexia puede disminuir a niveles indetectables con el tiempo.

Funciones asociadas

Cuando la somnolencia es intensa, pueden ocurrir comportamientos automáticos, en los que el individuo continúa sus actividades de forma semiautomática, nebulosa, sin memoria ni conciencia.
Aproximadamente entre el 20% y el 60% de las personas experimentan alucinaciones hipnagógicas vívidas antes o al quedarse dormidos o alucinaciones hipnopómpicas justo después de despertarse. Estas alucinaciones suelen ser visuales o auditivas y, a veces, táctiles. Se diferencian de la mentalidad onírica, menos vívida y no alucinatoria, al inicio del sueño, que se produce en personas con sueño normal.

Aproximadamente entre el 20 % y el 60 % de las personas afectadas experimentan parálisis del sueño al quedarse dormidos o al despertar, lo que los deja despiertos pero incapaces de moverse o hablar. Sin embargo, muchas personas que duermen normalmente también reportan parálisis del sueño ocasional, especialmente debido al estrés o al sueño.

privación. Las personas con narcolepsia pueden tener una variedad de síntomas del sueño nocturno, que incluyen trastornos del sueño nocturno (despertares breves y frecuentes), sueños vívidos y realistas, movimientos periódicos de las extremidades durante el sueño y trastorno de conducta del sueño REM. Puede ocurrir alimentación nocturna. La obesidad es común. Las personas pueden parecer somnolientas o quedarse dormidas en la sala de espera o durante el examen clínico. Durante la cataplejía, las personas pueden desplomarse en una silla y tener dificultad para hablar o párpados caídos. Si el médico puede controlar los reflejos durante la cataplejía (la mayoría de los ataques duran < 10 segundos), los reflejos se suprimen durante la cataplejía de todo el cuerpo, un hallazgo importante que distingue la cataplejía genuina del trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión).

Aunque las pruebas de coeficiente intelectual son generalmente normales en personas con narcolepsia, las deficiencias en Se han informado memoria de trabajo y funcionamiento ejecutivo.

Predominio

La narcolepsia-cataplejía (NT1) afecta entre el 0,02% y el 0,05% de la población general adulta en todo el mundo y tiene una incidencia de 0,74 por 100.000 personas-año en los Estados Unidos. Se han informado algunas variaciones en la prevalencia, incluidas tasas más bajas en Israel y tasas más altas en Japón que en Europa y Estados Unidos. La verdadera prevalencia de NT2 se desconoce en parte debido a la variabilidad diagnóstica. La narcolepsia afecta a ambos sexos de manera bastante igual, pero esto puede variar entre diferentes poblaciones.

El desarrollo y el inicio de la evolución ocurren

con mayor frecuencia en la niñez y la adolescencia o en la edad adulta temprana, pero rara vez en la vejez.
La edad máxima de aparición es entre los 15 y los 25 años. El inicio puede ser abrupto o progresivo y la cataplexia se desarrolla con el paso de los años. Se ha informado que los niños que presentan síntomas de NT1 de aparición abrupta tienen la mayor gravedad de la enfermedad, pero que la gravedad de la enfermedad en estos casos tiende a mejorar parcialmente en los primeros años después de la aparición. La aparición abrupta en niños pequeños prepúberes puede asociarse con obesidad y pubertad prematura. Alrededor del 50% de las personas con narcolepsia diagnosticada en la edad adulta recuerdan el inicio de los síntomas en la niñez o la adolescencia, lo que resalta los problemas.

Machine Translated by Google

de retrasos en el diagnóstico de esta afección. Una vez que el trastorno se ha manifestado, el curso es persistente y dura toda la vida.

En el 90% de los casos, el primer síntoma que se manifiesta es somnolencia o aumento del sueño, seguido de cataplexia (al cabo de 1 año en el 50% de los casos, a los 3 años en el 85%). La somnolencia, las alucinaciones hipnagógicas, los sueños vívidos y el trastorno de conducta del sueño REM (vocalizaciones o conducta motora compleja durante el sueño REM) son los primeros síntomas. El sueño excesivo progresa rápidamente hasta la incapacidad de permanecer despierto durante el día y de dormir bien durante la noche, sin un aumento claro en el tiempo total de sueño de 24 horas. En los primeros meses, la cataplexia puede ser atípica, especialmente en niños, manifestándose con una hipotonía generalizada en lugar de con una debilidad episódica desencadenada emocionalmente. En general, los síntomas de la narcolepsia permanecen bastante estables, pero pueden fluctuar según acontecimientos de la vida como el embarazo y los factores estresantes. Las exacerbaciones de los síntomas sugieren falta de cumplimiento de los medicamentos o el desarrollo de un trastorno del sueño concurrente, en particular apnea del sueño, que se ha identificado en aproximadamente una cuarta parte de las personas con narcolepsia.

Los niños pequeños y adolescentes con narcolepsia a menudo desarrollan agresión o problemas de conducta secundarios a la somnolencia y/o la interrupción del sueño nocturno. La carga de trabajo y la presión social aumentan durante la escuela secundaria y la universidad, lo que reduce el tiempo disponible para dormir por la noche.
El embarazo no parece modificar los síntomas de manera consistente. Después de la jubilación, las personas suelen tener más oportunidades de tomar una siesta, lo que reduce la necesidad de estimulantes. Mantener un horario regular beneficia a personas de todas las edades.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Temperamental. Las personas con narcolepsia suelen informar que necesitan dormir más que otros miembros de la familia.

Ambiental. La infección de garganta por estreptococos del grupo A, la gripe (especialmente la pandémica H1N1 2009) u otras infecciones invernales, así como las vacunas (específicamente la vacuna Pandemrix H1N1), pueden desencadenar un proceso autoinmune en algunos individuos, produciendo narcolepsia unos meses después. Los traumatismos craneales y los cambios bruscos en los patrones de sueño y vigilia (p. ej., cambios de trabajo, estrés) pueden ser desencadenantes adicionales.

Genético y fisiológico. Los gemelos monocigóticos tienen entre un 25% y un 32% de concordancia en cuanto a narcolepsia. La prevalencia de la narcolepsia es del 1% al 2% en familiares de primer grado (un aumento general de 10 a 40 veces). La narcolepsia está fuertemente asociada con HLA DQB1*06:02 (ver “Marcadores de diagnóstico”).
DQB1*03:01 aumenta, mientras que DQB1*05:01, DQB1*06:01 y DQB1*06:03 reducen el riesgo en presencia de DQB1*06:02, pero el efecto es pequeño. Los polimorfismos dentro del gen alfa del receptor de células T y otros genes inmunomoduladores también modulan ligeramente el riesgo.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

La narcolepsia se ha descrito en muchos grupos etnoraciales y contextos culturales. Un estudio de 1.097 personas que buscaban tratamiento sugirió que entre los afroamericanos, pueden manifestarse más casos sin cataplejía o con cataplejía atípica (aunque la hipocretina en el LCR es baja) y con un inicio más temprano en comparación con los blancos no latinos. El diagnóstico puede complicarse aún más por la mayor presencia de obesidad y apnea obstructiva del sueño en esta población, que puede ser

Machine Translated by Google

relacionados con la exposición diferencial a los determinantes sociales de la salud, incluida la inseguridad alimentaria, los desiertos alimentarios y el acceso limitado a lugares seguros y asequibles para la actividad física. Las personas con narcolepsia a menudo experimentan parálisis del sueño, que puede atribuirse a fuerzas sobrenaturales (p. ej., un espíritu aterrador se posa sobre el pecho de la persona que duerme) en algunos contextos culturales, lo que contribuye a la percepción de peligrosidad de la afección y a las decisiones de búsqueda de ayuda.

Marcadores de diagnóstico

La polisomnografía nocturna seguida de una MSLT se utiliza para confirmar el diagnóstico de narcolepsia, especialmente cuando el trastorno se diagnostica por primera vez y antes de que haya comenzado el tratamiento.
En presencia de cataplexia clara, la polisomnografía y MSLT son confirmatorios para NT1. En ausencia de cataplexia y deficiencia de hipocretina (si se mide), el MSLT es diagnóstico de NT2. Los efectos de fármacos o medicamentos (p. ej., antidepresivos inhibidores de REM o medicamentos sedantes), abstinencia de estimulantes, privación previa del sueño, trabajo por turnos o depresión grave pueden dar lugar a un resultado de MSLT inexacto y deben descartarse antes de realizar la MSLT. En particular, la falta crónica de sueño es común y debe tenerse en cuenta.

Un nSOREMP es altamente específico (aproximadamente 1% positivo en sujetos de control) pero moderadamente sensible (aproximadamente 50%) para NT1. Por el contrario, solo se encontró un nSOREMP en 10% a 23% de las personas NT2 con niveles normales de hipocretina, lo que sugiere una sensibilidad aún menor en este subtipo. El resultado de MSLT se considera positivo para narcolepsia si muestra una latencia de sueño promedio de ≤ 8 minutos y SOREMP en dos o más siestas en una prueba de cuatro o cinco siestas. El resultado de MSLT es positivo en 90% a 95% de los individuos con NT1 versus 2% a 4% de los sujetos de control o individuos con otros trastornos del sueño. Como se señaló, la escasa confiabilidad test-retest para NT2 impide la determinación de datos comparables para NT2. Los hallazgos polisomnográficos adicionales entre personas con narcolepsia a menudo incluyen despertares frecuentes, disminución de la eficiencia del sueño y aumento del sueño en etapa 1. A menudo se observan movimientos periódicos de las extremidades (que se encuentran en aproximadamente el 40% de las personas con NT1) y apnea del sueño.

La deficiencia de hipocretina se demuestra midiendo los niveles de hipocretina-1 en el LCR. La prueba es particularmente útil en individuos con sospecha de pseudocataplexia y aquellos sin cataplejía típica, o en casos refractarios al tratamiento. El valor diagnóstico de la prueba no se ve afectado por los medicamentos, la falta de sueño o la hora del día o de la noche en que se realiza, pero los resultados no son interpretables cuando el individuo está gravemente enfermo y tiene una prueba concurrente.

infección o traumatismo craneoencefálico o está en coma. La citología, las proteínas y la glucosa del LCR están dentro del rango normal incluso cuando se toman muestras a las pocas semanas de la rápida aparición del trastorno. Cuando se mide en individuos con síntomas típicos de cataplejía, la hipocretina-1 en el LCR a menudo ya está muy disminuida o es indetectable.

Alrededor del 85% al 95% de las personas con NT1 son positivas para el haplotipo HLA DQB1*06:02.
Este gen influye en la presentación de antígenos del sistema inmunológico, lo que respalda una fisiopatología autoinmune subyacente de NT1. Los brotes de NT1 después de vacunas e infecciones específicas respaldan aún más una etiología autoinmune. A diferencia de NT1, no existen biomarcadores de NT2. Sólo alrededor del 40% al 50% de las personas con NT2 son positivas para DQB1*06:02. Como entre el 12 % y el 38 % de la población general es positiva para DQB1*06:02, la prueba de este alelo no es muy útil para diagnosticar NT2.

Machine Translated by Google

pero puede ser útil para la detección de NT1.

Consecuencias funcionales de la narcolepsia

El rendimiento escolar, la conducción, el trabajo u otras actividades que requieren atención sostenida se ven afectados, y las personas con narcolepsia deben evitar trabajos que los pongan en peligro (p. ej., trabajar con maquinaria) o a otros (p. ej., conductor de autobús, piloto). . Una vez que la narcolepsia se controla con terapia, los individuos generalmente pueden conducir, aunque rara vez distancias largas solas. Las personas que no reciben tratamiento también corren el riesgo de sufrir aislamiento social y sufrir lesiones accidentales a sí mismas o a otros.

Las relaciones sociales pueden verse afectadas cuando estos individuos se esfuerzan por evitar la cataplejía ejerciendo control sobre las emociones o los estímulos que las causan.

Diagnóstico diferencial

Otras hipersomnias. El trastorno de hipersomnolencia (también conocido como hipersomnia idiopática) y la narcolepsia son similares con respecto a la presencia de somnolencia diurna crónica, la edad de inicio (típicamente la adolescencia o la edad adulta temprana) y el curso estable en el tiempo, pero se pueden distinguir basándose en características clínicas y de laboratorio distintivas. características. Las personas con trastorno de hipersomnolencia suelen tener un sueño nocturno más prolongado y menos interrumpido, mayor dificultad para despertarse, somnolencia diurna más persistente (a diferencia de los “ataques de sueño” más discretos de la narcolepsia), episodios de sueño diurno más prolongados y menos refrescantes y pocos o ningún sueño durante el día. siestas. Por el contrario, los individuos con NT1 generalmente tienen cataplexia. Aquellos con NT1 o NT2 pueden demostrar intrusiones recurrentes de elementos del sueño REM en la transición entre el sueño y la vigilia (p. ej., alucinaciones relacionadas con el sueño y parálisis del sueño). El MSLT típicamente demuestra latencias de sueño más cortas (es decir, mayor somnolencia fisiológica), así como la presencia de múltiples SOREMP en individuos con narcolepsia.

Privación de sueño y sueño nocturno insuficiente. La falta de sueño y el sueño nocturno insuficiente son comunes en adolescentes y trabajadores por turnos. En los adolescentes son habituales las dificultades para conciliar el sueño por la noche, lo que provoca falta de sueño. El resultado de MSLT puede ser falsamente positivo si se realiza mientras el individuo está privado de sueño o mientras su sueño tiene un retraso en la fase.

Síndromes de apnea del sueño. La apnea obstructiva del sueño es común en la población general y puede estar presente en personas con narcolepsia debido a la obesidad. Debido a que la apnea obstructiva del sueño es más frecuente que la narcolepsia, la cataplejía puede pasar desapercibida (o ausente). Se debe considerar la narcolepsia en personas con somnolencia persistente a pesar del tratamiento de la apnea del sueño.

Trastorno de insomnio. Las personas con narcolepsia pueden centrarse en la presencia de alteraciones del sueño nocturno y atribuir incorrectamente la somnolencia diurna al trastorno de insomnio. Aunque las personas con narcolepsia, al igual que aquellas con trastorno de insomnio, pueden experimentar despertares frecuentes durante la noche, las personas con narcolepsia normalmente no tienen dificultades para iniciar o volver a dormir, a diferencia de aquellas con trastorno de insomnio.

Además, el trastorno de insomnio no suele asociarse con la gravedad de la somnolencia diurna observada en la narcolepsia.

Trastorno depresivo mayor. La somnolencia diurna excesiva es una queja común de ambos

Machine Translated by Google

individuos con depresión mayor e individuos con narcolepsia. La presencia de cataplexia (que no es una característica del trastorno depresivo mayor) junto con la gravedad de la somnolencia diurna excesiva indica un diagnóstico de NT1 en lugar de trastorno depresivo mayor. Además, en personas con depresión mayor, los resultados del MSLT suelen ser normales y existe una disociación entre la somnolencia subjetiva y objetiva, medida por la latencia media del sueño durante el MSLT. En un metanálisis de personas con trastornos psiquiátricos evaluados por somnolencia, mientras que el 25% tenía una latencia media del sueño de <8 minutos en el MSLT, sólo en raras ocasiones se observaron dos o más SOREMP en el MSLT, destacando la disfunción más específica del sueño REM de narcolepsia.

Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión; pseudocataplexia). Los pacientes con trastorno de síntomas neurológicos funcionales pueden presentar debilidad que puede plantear dudas sobre la cataplejía. Sin embargo, en el trastorno de síntomas neurológicos funcionales, la debilidad suele ser duradera, tiene desencadenantes inusuales y puede provocar caídas frecuentes. Los individuos pueden informar que duermen y sueñan durante las siestas MSLT, pero el MSLT no muestra el SOREMP característico. Las grabaciones de vídeo caseras y los vídeos durante los estudios del sueño pueden ser útiles para distinguir esta afección de la verdadera cataplexia. La debilidad suele ser generalizada en la pseudocataplexia, sin ataques parciales.
Durante la consulta puede producirse una pseudocataplexia duradera y en toda regla, lo que permite al médico examinador tiempo suficiente para verificar los reflejos, que permanecen intactos.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad u otros problemas de conducta. En niños y adolescentes, la somnolencia puede causar problemas de conducta, incluida la agresividad y la falta de atención, lo que lleva a un diagnóstico erróneo de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Convulsiones atónicas. Las convulsiones atónicas, un tipo de convulsión que provoca una pérdida repentina de fuerza muscular, deben distinguirse de la cataplexia. Las convulsiones atónicas no suelen ser desencadenadas por emociones y tienden a manifestarse como caídas abruptas en lugar de la cualidad de "fusión" más lenta de la cataplexia. Las convulsiones atónicas suelen ocurrir en personas con tipos de convulsiones adicionales y tienen firmas distintas en el electroencefalograma.

Síncope. Al igual que el síncope, la cataplexia generalmente se desarrolla durante varios segundos, pero las personas con Los pacientes con cataplejía no presentan síntomas presincopales de mareos, visión de túnel y cambios auditivos.

Corea y trastornos motores. En niños pequeños, la cataplexia puede diagnosticarse erróneamente como corea o trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes pediátricos asociados con infecciones estreptocócicas (PANDAS), especialmente en el contexto de una infección de garganta estreptocócica y niveles elevados de anticuerpos antiestreptolisina O. Algunos niños pueden tener un trastorno motor superpuesto cerca del inicio de la cataplexia.

Esquizofrenia. En presencia de alucinaciones hipnagógicas floridas y vívidas, los individuos con narcolepsia pueden pensar que estas experiencias son reales, un rasgo que sugiere la presencia de una verdadera alucinación característica de la esquizofrenia. Sin embargo, se han descrito diferencias claras en el patrón de experiencias alucinatorias en la narcolepsia en comparación con la esquizofrenia. Las personas con narcolepsia tienden a reportar alucinaciones multisensoriales “holísticas” relacionadas con el sueño (visuales, auditivas, táctiles) en lugar del modo sensorial predominantemente verbal-auditivo de las personas con esquizofrenia. Además, el tratamiento con altas dosis de estimulantes en personas con narcolepsia puede provocar el desarrollo de delirios de persecución. Si la cataplexia está presente con alucinaciones o delirios, la primera suposición clínica sería que estos síntomas son secundarios a la narcolepsia antes de considerar un diagnóstico concurrente de esquizofrenia.

Machine Translated by Google

Comorbilidad Las

comorbilidades médicas y psiquiátricas son comunes entre las personas con narcolepsia e incluyen obesidad, bruxismo, enuresis, pubertad precoz (entre personas con narcolepsia de inicio pediátrico), trastornos del estado de ánimo y TDAH. El rápido aumento de peso es común en niños pequeños con una aparición repentina de la enfermedad. Las parasomnias (p. ej., sonambulismo, trastorno de conducta del sueño REM), apnea obstructiva del sueño, síndrome de piernas inquietas y movimientos periódicos de las extremidades son comunes en personas que desarrollan narcolepsia. Se debe considerar la apnea del sueño comórbida si hay un agravamiento repentino de la narcolepsia preexistente.

Relación con la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño La Clasificación Internacional

de los Trastornos del Sueño, 3ª Edición (ICSD-3), diferencia dos subtipos de narcolepsia: NT1 (narcolepsia con cataplejía o deficiencia de hipocretina) y NT2 (narcolepsia sin cataplejía o deficiencia de hipocretina). NT1 secundario a otra afección médica (G47.421) y NT2 secundario a otra afección médica (G47.429) se informan en ICSD-3 como subtipos de narcolepsia secundaria.

Trastornos del sueño relacionados con la respiración

La categoría de trastornos del sueño relacionados con la respiración abarca tres trastornos relativamente distintos: apnea hipopnea obstructiva del sueño, apnea central del sueño e hipoventilación relacionada con el sueño.

Apnea obstructiva del sueño Hipopnea

Criterios de diagnóstico G47.33

A. Ya sea (1) o (2):

1. Evidencia mediante polisomnografía de al menos cinco apneas o hipopneas obstructivas por hora de sueño y cualquiera de los siguientes síntomas del sueño: a. Alteraciones respiratorias nocturnas: ronquidos, resoplidos/jadeos o pausas respiratorias durante el sueño. b. Somnolencia diurna, fatiga o sueño no reparador a pesar de tener suficientes oportunidades para dormir que no se explica mejor por otro trastorno mental (incluido un trastorno del sueño) y no es atribuible a otra afección médica.

2. Evidencia mediante polisomnografía de 15 o más apneas y/o hipopneas obstructivas por hora de sueño independientemente de los síntomas que las acompañan.

Especifique la gravedad actual:

Leve: el índice de apnea-hipopnea es inferior a 15.

Machine Translated by Google

Moderado: el índice de apnea-hipopnea es de 15 a 30.

Grave: el índice de apnea-hipopnea es superior a 30.

Especificadores

La gravedad de la enfermedad se mide mediante el recuento del número de apneas más hipopneas por hora de sueño (índice de apnea-hipopnea) mediante polisomnografía u otro control nocturno.

La apnea se refiere a la ausencia total de flujo de aire y la hipopnea se refiere a una reducción del flujo de aire. La gravedad general también depende de los niveles de desaturación nocturna y fragmentación del sueño (medidos por la frecuencia del despertar cortical cerebral y las etapas del sueño) y el grado de síntomas asociados y deterioro diurno. Sin embargo, el número exacto y los umbrales pueden variar según las técnicas de medición específicas utilizadas, y estos números pueden cambiar con el tiempo. Independientemente del índice (recuento) de apnea-hipopnea per se, se considera que el trastorno es más grave cuando las apneas y las hipopneas van acompañadas de una desaturación significativa de la hemoglobina de oxígeno (p. ej., cuando más del 10% del tiempo de sueño se pasa en niveles de desaturación de < 90%) o cuando el sueño está muy fragmentado, como lo demuestra un índice de excitación elevado (despertares por hora de sueño > 30) o un tiempo reducido de sueño profundo (p. ej., porcentaje de la etapa N3 [sueño de ondas lentas] < 5%).

Características diagnósticas

La apnea hipopnea obstructiva del sueño es el trastorno del sueño relacionado con la respiración más común. Se caracteriza por episodios repetidos de obstrucción de las vías respiratorias superiores (faríngeas) (apneas e hipopneas) durante el sueño. Cada apnea o hipopnea representa una reducción de la respiración de al menos 10 segundos de duración en adultos o dos respiraciones perdidas en niños y típicamente se asocia con caídas en la saturación de oxígeno de ≥ 3% y/o un despertar electroencefalográfico. Son comunes los síntomas tanto relacionados con el sueño (nocturnos) como al despertar. Los síntomas cardinales de la apnea hipopnea obstructiva del sueño son los ronquidos y la somnolencia diurna.

La apnea hipopnea obstructiva del sueño en adultos se diagnostica sobre la base de los hallazgos de un polisomnograma (o pruebas del sueño realizadas fuera del centro del sueño, conocidas como pruebas del sueño fuera del centro [OCST]) y los síntomas. El diagnóstico se basa en los síntomas de 1) alteraciones de la respiración nocturna (es decir, ronquidos, resoplidos/jadeos, pausas en la respiración durante el sueño), o 2) somnolencia diurna, fatiga o sueño no reparador a pesar de tener suficientes oportunidades para dormir que no se explican mejor por otra persona. trastorno mental y no atribuible a otra afección médica, junto con 3) evidencia mediante polisomnografía (u OCST) de cinco o más apneas o hipopneas obstructivas por hora de sueño (Criterio A1). El diagnóstico se puede realizar en ausencia de estos síntomas si hay evidencia mediante polisomnografía (o OCST limitada) de 15 o más apneas y/o hipopneas obstructivas por hora de sueño (Criterio A2).

Los criterios para el diagnóstico de apnea-hipopnea obstructiva del sueño en niños difieren de los del diagnóstico en adultos. Para definir los umbrales de anormalidad en los niños se utiliza un índice de apnea-hipopnea obstructiva de uno o más eventos por hora o evidencia de hipoventilación obstructiva en asociación con ronquidos o evidencia polisomnográfica de obstrucción del flujo aéreo.

Machine Translated by Google

Los hallazgos polisomnográficos en niños pueden diferir de los de adultos en que los niños pueden presentar dificultad para respirar; hipoventilación obstructiva parcial (reducciones sostenidas del volumen corriente debido a limitaciones del flujo de las vías respiratorias superiores) con desaturaciones cíclicas de oxígeno; hipercapnia; y respiración paradójica.

La mayoría de los casos de apnea obstructiva del sueño siguen sin diagnosticarse. Por lo tanto, es importante prestar atención específica a los síntomas de alteración del sueño que se producen en asociación con ronquidos o pausas respiratorias y a los hallazgos físicos que aumentan el riesgo de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (p. ej., obesidad central, congestión de las vías respiratorias faríngeas, presión arterial elevada) para reducir las posibilidades de fracaso. para diagnosticar esta condición tratable.

Funciones asociadas

Debido a la frecuencia de los despertares nocturnos que ocurren con la apnea-hipopnea obstructiva del sueño, las personas pueden reportar síntomas de insomnio. Otros síntomas comunes, aunque inespecíficos, de la apnea hipopnea obstructiva del sueño son acidez de estómago, nicturia, dolores de cabeza matutinos, sequedad de boca, disfunción eréctil y reducción de la libido. Los individuos pueden quejarse de dificultad para respirar mientras están acostados boca arriba o durmiendo. La hipertensión puede ocurrir en más del 60% de las personas con apnea-hipopnea obstructiva del sueño.

Las mediciones de gases en sangre arterial mientras el individuo está despierto suelen ser normales, pero algunos individuos pueden demostrar hipoxemia o hipercapnia al despertar. Este patrón debe alertar al médico sobre la posibilidad de coexistencia de enfermedad pulmonar o hipoventilación. Los procedimientos de imagen pueden revelar un estrechamiento de las vías respiratorias superiores. Las pruebas cardíacas pueden mostrar evidencia de función ventricular deteriorada. Durante el sueño pueden presentarse arritmias como pausas sinusales, latidos ectópicos auriculares y ventriculares frecuentes o fibrilación auricular. Las personas con desaturación nocturna grave de oxígeno también pueden tener valores elevados de hemoglobina o hematocrito.

Predominio

La apnea hipopnea obstructiva del sueño es un trastorno muy común. La prevalencia puede ser particularmente alta entre los hombres en comparación con las mujeres, oscilando entre 2:1 y 4:1; adultos mayores; y ciertos grupos raciales y étnicos. La prevalencia varía entre países, en parte debido a diferencias en los métodos de evaluación. Debido a que el trastorno está fuertemente asociado con la obesidad, el aumento de las tasas de obesidad ha resultado en una mayor prevalencia de este trastorno.

En los Estados Unidos, el 13% de los hombres y el 6% de las mujeres tienen evidencia polisomnográfica de 15 o más apneas o hipopneas obstructivas por hora de sueño, y el 14% de los hombres y el 5% de las mujeres tienen más de 5 apneas o hipopneas obstructivas por hora. del sueño, además de síntomas de somnolencia diurna. Las diferencias de género disminuyen en la edad avanzada, posiblemente debido a una mayor prevalencia en las mujeres después de la menopausia; Las mujeres posmenopáusicas tienen entre 2,6 y 3,5 veces más probabilidades de sufrir apnea obstructiva del sueño en comparación con las mujeres premenopáusicas.

En la comunidad general, las tasas de prevalencia en los Estados Unidos de apnea-hipopnea obstructiva del sueño no diagnosticada pueden ser muy altas en personas de edad avanzada. La apnea obstructiva del sueño también ocurre en niños, con una prevalencia estimada de 1 a 4%; No hay diferencia de género entre los niños prepúberes. Los niños obesos tienen tasas más altas.

Machine Translated by Google

La prevalencia de la apnea obstructiva del sueño parece ser mayor entre los afroamericanos que entre los blancos no latinos de Estados Unidos. Una mayor prevalencia entre afroamericanos, indios americanos e hispanos puede estar relacionada con tasas más altas de obesidad, que pueden estar asociadas con una exposición diferencial a los determinantes sociales de la salud, incluida la inseguridad alimentaria, los desiertos alimentarios y el acceso limitado a lugares seguros y asequibles para vivir. actividad física.

Desarrollo y evolución La distribución por

edades de la apnea-hipopnea obstructiva del sueño tiene varios picos. El primero ocurre en niños de 3 a 8 años de edad, cuando la nasofaringe puede verse comprometida por una masa relativamente grande de tejido amigdalino en comparación con el tamaño de las vías respiratorias superiores. Con el crecimiento de las vías respiratorias y la regresión del tejido linfoide durante la última infancia, se reduce la prevalencia. Sin embargo, con el aumento de la obesidad en los adolescentes, se produce un segundo pico de prevalencia en ese grupo de edad.
Finalmente, a medida que la prevalencia de la obesidad continúa aumentando en la mediana edad y las mujeres entran en la menopausia, las tasas de apnea-hipopnea obstructiva del sueño aumentan aún más. El curso en la vejez no está claro; La prevalencia del trastorno puede estabilizarse después de los 65 años, pero en algunos individuos la gravedad puede empeorar con la edad. Los resultados polisomnográficos deben interpretarse a la luz de otros datos clínicos. Se deben investigar los síntomas clínicos importantes de insomnio o hipersomnia independientemente de la edad del individuo.

La apnea hipopnea obstructiva del sueño suele tener un inicio insidioso, una progresión gradual y un curso persistente. Por lo general, los ronquidos fuertes han estado presentes durante muchos años, a menudo desde la niñez, pero un aumento en su gravedad puede llevar al individuo a buscar una evaluación. El aumento de peso puede precipitar un aumento de los síntomas. Aunque la apnea hipopnea obstructiva del sueño puede ocurrir a cualquier edad, se manifiesta con mayor frecuencia en personas de 40 a 60 años. Durante 4 a 5 años, el índice promedio de apnea-hipopnea aumenta en adultos y personas mayores en aproximadamente dos apneas o hipopneas por hora. El índice de apnea-hipopnea está aumentado y la apnea-hipopnea obstructiva del sueño incidente es mayor entre

personas mayores, hombres o que tienen un índice de masa corporal (IMC) inicial más alto o aumentan su IMC con el tiempo. Se ha informado de resolución espontánea de la apnea-hipopnea obstructiva del sueño con la pérdida de peso, particularmente después de la cirugía bariátrica. En los niños, se han observado variaciones estacionales en la apnea-hipopnea obstructiva del sueño, al igual que una mejora con el crecimiento general.

En los niños pequeños, los signos y síntomas de la apnea-hipopnea obstructiva del sueño pueden ser más sutiles que en los adultos, lo que hace que el diagnóstico sea más difícil de establecer. La polisomnografía es útil para confirmar el diagnóstico. La evidencia de fragmentación del sueño en el polisomnograma puede no ser tan evidente como en estudios de personas mayores, posiblemente debido al alto impulso homeostático en personas jóvenes. Los síntomas como los ronquidos suelen ser informados por los padres y, por lo tanto, tienen una sensibilidad reducida. Pueden producirse despertares agitados y posturas inusuales para dormir, como dormir sobre manos y rodillas. También puede ocurrir enuresis nocturna y debe hacer sospechar de apnea-hipopnea obstructiva del sueño si reaparece en un niño que previamente estaba seco por la noche. Los niños también pueden manifestar somnolencia diurna excesiva, aunque no es tan común ni pronunciada como en los adultos. La respiración bucal durante el día, la dificultad para tragar y la mala articulación del habla son

Machine Translated by Google

También características comunes en los niños. Los niños menores de 5 años presentan con más frecuencia síntomas nocturnos, como apneas observadas o dificultad para respirar, que síntomas conductuales (es decir, los síntomas nocturnos son más notorios y con mayor frecuencia llaman al niño a recibir atención clínica). En niños mayores de 5 años, los síntomas diurnos como somnolencia y problemas de conducta (p. ej., impulsividad e hiperactividad), trastorno por déficit de atención/hiperactividad, dificultades de aprendizaje y dolores de cabeza matutinos suelen ser el foco de preocupación.

Los niños con apnea hipopnea obstructiva del sueño también pueden presentar retraso en el crecimiento, retraso en el crecimiento y retrasos en el desarrollo. Aunque la obesidad es un factor de riesgo menos importante en los niños pequeños, contribuye a la aparición de apnea obstructiva del sueño.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Genéticos y fisiológicos.

Los principales factores de riesgo de la apnea hipopnea obstructiva del sueño son la obesidad y el sexo masculino. Otros incluyen retrognatia o micrognatia maxilar-mandibular, antecedentes familiares positivos de apnea del sueño, síndromes genéticos que reducen la permeabilidad de las vías respiratorias superiores (p. ej., síndrome de Down, síndrome de Treacher Collins), hipertrofia adenoamigdalina (especialmente en niños pequeños), menopausia (en mujeres) y diversos síndromes endocrinos (p. ej., acromegalia).

En comparación con las mujeres premenopáusicas, los hombres tienen un mayor riesgo de sufrir apnea-hipopnea obstructiva del sueño, lo que posiblemente refleja las influencias de las hormonas sexuales en el control ventilatorio y la distribución de la grasa corporal, así como las diferencias de género en la estructura de las vías respiratorias. Los medicamentos para los trastornos mentales y las afecciones médicas que tienden a inducir somnolencia pueden empeorar el curso de los síntomas de la apnea si no se manejan con cuidado.

La apnea-hipopnea obstructiva del sueño tiene una fuerte base genética, como lo demuestra la importante agregación familiar del índice de apnea-hipopnea. La prevalencia de apnea-hipopnea obstructiva del sueño es aproximadamente dos veces mayor entre los familiares de primer grado de los probandos con apnea-hipopnea obstructiva del sueño en comparación con los miembros de familias de control. Un tercio de la varianza en el índice de apnea-hipopnea se explica por factores familiares compartidos. Aunque aún no se dispone de marcadores genéticos con valor diagnóstico o pronóstico para su uso, la obtención de antecedentes familiares de apnea-hipopnea obstructiva del sueño debería aumentar la sospecha clínica del trastorno.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Existe la posibilidad de que la somnolencia y la fatiga se informen de manera diferente según las culturas. En algunos grupos, los ronquidos pueden considerarse un signo de salud normal y, por lo tanto, pueden no generar preocupaciones, lo que lleva a un subdiagnóstico.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

La menopausia, el embarazo y el síndrome de ovario poliquístico aumentan el riesgo de apnea obstructiva del sueño en las mujeres. La transición de la premenopausia a la posmenopausia se asocia con una mayor gravedad de la apnea obstructiva del sueño. Las mujeres pueden reportar con mayor frecuencia fatiga, falta de energía o insomnio que somnolencia y pueden reportar menos ronquidos.

Marcadores de diagnóstico

Machine Translated by Google

La polisomnografía proporciona datos cuantitativos sobre la frecuencia de las alteraciones respiratorias relacionadas con el sueño y los cambios asociados en la saturación de oxígeno y la continuidad del sueño. Las medidas de sueño validadas (p. ej., prueba de latencia múltiple del sueño, prueba de mantenimiento de la vigilia) pueden identificar la somnolencia.

Consecuencias funcionales de la apnea-hipopnea obstructiva del sueño Más del 50% de las personas con apnea-hipopnea obstructiva del sueño de moderada a grave reportan síntomas de somnolencia diurna. Se ha informado de un riesgo dos veces mayor de accidentes laborales en asociación con síntomas de ronquidos y somnolencia. También se ha informado que los accidentes automovilísticos son hasta siete veces mayores entre personas con valores elevados del índice de apnea hipopnea. Los médicos deben conocer los requisitos del gobierno estatal para informar este trastorno, especialmente en relación con los conductores comerciales. Las puntuaciones reducidas en medidas de calidad de vida relacionada con la salud son comunes en personas con apnea-hipopnea obstructiva del sueño. Aunque el mayor impacto funcional se observa en el dominio de la “vitalidad”, la apnea obstructiva del sueño grave afecta negativamente la salud general y también el funcionamiento físico y social.

Diagnóstico diferencial

Ronquidos primarios y otros trastornos del sueño. Las personas con apnea-hipopnea obstructiva del sueño deben diferenciarse de las personas con ronquidos primarios (es decir, personas asintomáticas que roncan y no presentan anomalías en la polisomnografía nocturna). Las personas con apnea hipopnea obstructiva del sueño también pueden informar jadeos nocturnos y asfixia, que pueden confundirse con la presencia de asma o reflujo gastroesofágico. La presencia de somnolencia u otros síntomas diurnos no explicados por otras etiologías sugiere el diagnóstico de apnea-hipopnea obstructiva del sueño, pero esta diferenciación requiere polisomnografía. El diagnóstico diferencial definitivo entre el trastorno de hipersomnolencia, la apnea central del sueño, la hipoventilación relacionada con el sueño y la apnea-hipopnea obstructiva del sueño también requiere estudios polisomnográficos.

La apnea hipopnea obstructiva del sueño debe diferenciarse de otras causas de somnolencia, como la narcolepsia, el trastorno de hipersomnolencia, la falta de sueño y los trastornos del ritmo circadiano del sueño. La apnea hipopnea obstructiva del sueño se puede diferenciar de la narcolepsia por la ausencia de cataplexia, alucinaciones relacionadas con el sueño y parálisis del sueño y por la presencia de ronquidos fuertes, jadeos durante el sueño o apneas observadas durante el sueño. Los episodios de sueño diurno en la narcolepsia son característicamente más cortos, más refrescantes y más a menudo asociados con los sueños. La apnea hipopnea obstructiva del sueño muestra apneas e hipopneas características y desaturación de oxígeno durante los estudios polisomnográficos nocturnos. La narcolepsia produce múltiples períodos de movimientos oculares rápidos (REM) de inicio del sueño durante el MSLT. La narcolepsia, al igual que la apnea-hipopnea obstructiva del sueño, puede estar asociada con la obesidad, y algunas personas tienen narcolepsia y apnea-hipopnea obstructiva del sueño concurrentes. Un diagnóstico de narcolepsia no excluye el diagnóstico de apnea hipopnea obstructiva del sueño, ya que las dos afecciones pueden coexistir.

Apnea central del sueño. La apnea central del sueño se puede distinguir de la apnea obstructiva del sueño por la presencia de apneas o hipopneas repetitivas debidas a la reducción o ausencia del esfuerzo respiratorio en

Machine Translated by Google

Registro de polisomnografía. Puede haber ronquidos, aunque pueden ser menos prominentes que los observados en la apnea-hipopnea obstructiva del sueño o pueden estar ausentes por completo. Las personas con apnea central del sueño a menudo presentan un sueño fragmentado y también pueden quejarse de somnolencia diurna. La apnea central del sueño se observa con mayor frecuencia en personas con insuficiencia cardíaca congestiva (respiración de Cheyne-Stokes) o enfermedades neurológicas, o en quienes toman medicamentos opioides.

Trastorno de insomnio. Para las personas que se quejan de dificultad para iniciar o mantener el sueño o de despertares tempranos en la mañana, el trastorno de insomnio se puede diferenciar de la apnea hipopnea obstructiva del sueño por la ausencia de ronquidos y la ausencia de antecedentes, signos y síntomas característicos de este último trastorno. Sin embargo, el insomnio y la apnea-hipopnea obstructiva del sueño pueden coexistir y, de ser así, es posible que sea necesario abordar ambos trastornos al mismo tiempo para mejorar el sueño.

Ataques de pánico. Los ataques de pánico nocturnos pueden incluir síntomas de jadeo o asfixia durante el sueño que pueden ser difíciles de distinguir clínicamente de la apnea-hipopnea obstructiva del sueño. Sin embargo, la menor frecuencia de los episodios, la intensa excitación autonómica y la falta de somnolencia excesiva diferencian los ataques de pánico nocturnos de la apnea-hipopnea obstructiva del sueño. La polisomnografía (u OCST) en individuos con ataques de pánico nocturnos no revela el patrón típico de apneas o desaturación de oxígeno característico de la apnea hipopnea obstructiva del sueño. Las personas con apnea hipopnea obstructiva del sueño no presentan antecedentes de ataques de pánico diurnos.

Asma nocturna. El asma nocturna a menudo puede provocar un despertar repentino del sueño con síntomas de jadeo o asfixia que son indistinguibles de los episodios de disnea resultantes de la apnea obstructiva del sueño. Sin embargo, generalmente hay antecedentes de asma y la polisomnografía (u OCST) no encuentra evidencia de apneas, hipopneas o desaturación de oxígeno que indiquen apnea obstructiva. Sin embargo, el asma nocturna y la apnea obstructiva del sueño pueden coexistir, lo que puede dificultar la determinación de las contribuciones relativas de cada afección.

Desorden hiperactivo y deficit de atencion. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niños puede incluir síntomas de falta de atención, deterioro académico, hiperactividad y conductas de internalización, todos los cuales también pueden ser síntomas de apnea-hipopnea obstructiva del sueño infantil.

La presencia de otros síntomas y signos de apnea hipopnea obstructiva del sueño infantil (p. ej., dificultad para respirar o ronquidos durante el sueño e hipertrofia adenoamigdalina) sugeriría la presencia de apnea hipopnea obstructiva del sueño. La apnea hipopnea obstructiva del sueño y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad pueden coexistir con frecuencia y puede haber vínculos causales entre ellos; por lo tanto, factores de riesgo como amígdalas agrandadas, obesidad o antecedentes familiares de apnea del sueño pueden ayudar a alertar al médico sobre su coexistencia.

Insomnio o hipersomnia inducido por sustancias/medicamentos. El consumo y la abstinencia de sustancias (incluidos los medicamentos) pueden producir insomnio o hipersomnio. Una historia cuidadosa suele ser suficiente para identificar la sustancia/medicación relevante, y el seguimiento muestra una mejoría de la alteración del sueño después de la interrupción de la sustancia/medicación. En otros casos, se ha demostrado que el uso de una sustancia o medicamento (p. ej., alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas, opiáceos) exacerba la apnea-hipopnea obstructiva del sueño. Un individuo con síntomas y signos compatibles con apnea-hipopnea obstructiva del sueño debe recibir ese diagnóstico, incluso en presencia de consumo concurrente de sustancias que exacerbe la afección.

Comorbilidad

Machine Translated by Google

La hipertensión sistémica, la enfermedad de las arterias coronarias, la insuficiencia cardíaca, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y el aumento de la mortalidad se asocian sistemáticamente con la apnea-hipopnea obstructiva del sueño. Riesgo

las estimaciones varían desde el 30% hasta el 300% para la apnea-hipopnea obstructiva del sueño de moderada a grave. La apnea obstructiva del sueño y las enfermedades cardiovasculares están fuertemente relacionadas, y el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño reduce la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades cardiovasculares. Los grupos étnicos y raciales que no han recibido atención médica adecuada pueden tener un mayor riesgo de sufrir factores de riesgo cardiovascular no detectados asociados con la apnea obstructiva del sueño. La evidencia de hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca derecha (p. ej., cor pulmonale, edema de tobillo, congestión hepática) es rara en la apnea-hipopnea obstructiva del sueño y cuando está presente indica una enfermedad muy grave o hipoventilación asociada o comorbilidades cardiopulmonares. La apnea hipopnea obstructiva del sueño también puede ocurrir con mayor frecuencia en asociación con una serie de afecciones médicas o neurológicas (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson). Los hallazgos físicos reflejan la coexistencia de estas condiciones.

Hasta un tercio de las personas remitidas para una evaluación de apnea-hipopnea obstructiva del sueño informan síntomas de depresión, y hasta un 10% tiene puntuaciones de depresión compatibles con una depresión de moderada a grave. Se ha descubierto que la gravedad de la apnea hipopnea obstructiva del sueño, medida por el índice de apnea hipopnea, se correlaciona con la gravedad de los síntomas de depresión. Esta asociación puede ser más fuerte en hombres que en mujeres.

Relación con la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, tercera edición (ICSD-3), diferencia 11 subtipos de "trastornos respiratorios relacionados con el sueño", incluidas las apneas centrales del sueño (CSA) (p. ej., CSA primaria, CSA debida a una condición médica/neurológica, CSA debido a una sustancia o medicamento), apnea obstructiva del sueño (adulta y pediátrica) y trastornos de hipoventilación relacionados con el sueño.

Apnea central del sueño

Criterios de diagnóstico

A. Evidencia mediante polisomnografía de cinco o más apneas centrales por hora de sueño.

B. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno del sueño actual.

Especifique si: G47.31

Apnea central idiopática del sueño: caracterizada por episodios repetidos de apneas e hipopneas durante el sueño causados por la variabilidad en el esfuerzo respiratorio pero sin evidencia de obstrucción de las vías respiratorias.

R06.3 Respiración de Cheyne-Stokes: patrón de variación periódica crescendo-decrescendo en el volumen corriente que produce apneas e hipopneas centrales con una frecuencia de al menos cinco eventos por hora, acompañada de despertares frecuentes.

Machine Translated by Google

G47.37 Apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides: la patogénesis de este subtipo se atribuye a los efectos de los opioides sobre los generadores del ritmo respiratorio en la médula, así como a los efectos diferenciales sobre el impulso respiratorio hipóxico versus hipercápnico.

Nota de codificación (solo para el código G47.37): cuando esté presente un trastorno por consumo de opioides, primero codifique el trastorno por consumo de opioides: F11.10 trastorno por consumo de opioides leve o F11.20 trastorno por consumo de opioides moderado o grave; luego codifique G47.37 apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides. Cuando no existe un trastorno por consumo de opioides (p. ej., después de un consumo intenso de la sustancia en una sola ocasión), codifique únicamente G47.37 apnea central del sueño comórbida con opioides usar.

Especifique la gravedad actual:

la gravedad de la apnea central del sueño se clasifica según la frecuencia de los trastornos respiratorios, así como el grado de desaturación de oxígeno y fragmentación del sueño asociados que se producen como consecuencia de trastornos respiratorios repetitivos.

Subtipos Hay varios subtipos de apnea central del sueño. La apnea central del sueño idiopática (alternativamente denominada apnea central del sueño primaria) y la apnea central del sueño con respiración de Cheyne-Stokes se caracterizan por una mayor ganancia del sistema de control ventilatorio, también conocida como ganancia de bucle alta, que conduce a inestabilidad en la ventilación y los niveles de PaCO2. Esta inestabilidad se denomina respiración periódica y puede reconocerse por hiperventilación alternada con hipoventilación.

Las personas con estos trastornos suelen tener niveles de pCO2 mientras están despiertos que son ligeramente hipocápnicos o normocápnicos. La apnea central del sueño también puede manifestarse durante el inicio del tratamiento de la apnea-hipopnea obstructiva del sueño (denominada apnea central del sueño emergente del tratamiento) o puede ocurrir en asociación con el síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño. También se considera que la aparición de apnea central del sueño asociada con apnea obstructiva del sueño se debe a una alta ganancia del bucle. Por el contrario, la patogénesis de la apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides se ha atribuido a los efectos de los opioides sobre los generadores del ritmo respiratorio en la médula, así como a sus efectos diferenciales sobre el impulso respiratorio hipóxico versus hipercápnico. Estas personas pueden tener niveles elevados de pCO2 mientras están despiertos. Se ha observado que las personas que reciben terapia de mantenimiento crónica con metadona tienen un aumento de la somnolencia y la depresión, aunque no se ha estudiado el papel de los trastornos respiratorios inducidos por opioides como causa de estos problemas. De manera similar, la apnea central debida a un trastorno médico sin respiración de Cheyne-Stokes es el resultado de un proceso patológico que afecta los centros de control ventilatorio del tronco encefálico.

Especificadores

Un aumento en el índice de apnea central (es decir, el número de apneas centrales por hora de sueño) refleja un aumento en la gravedad de la apnea central del sueño. La continuidad y la calidad del sueño pueden verse notablemente perjudicadas con reducciones en las etapas de restauración del sueño con movimientos oculares no rápidos (NREM) (es decir,

Machine Translated by Google

disminución del sueño de ondas lentas [etapa N3]). En personas con respiración Cheyne-Stokes grave, el patrón también se puede observar durante la vigilia en reposo, un hallazgo que se cree que es un marcador pronóstico de una mayor mortalidad.

Características diagnósticas

Los trastornos de apnea central del sueño se caracterizan por episodios repetidos de apneas e hipopneas durante el sueño causados por la variabilidad del esfuerzo respiratorio. Estos son trastornos del control ventilatorio en los que los eventos respiratorios ocurren en un patrón periódico o intermitente. La apnea central idiopática del sueño se caracteriza por somnolencia, insomnio y despertares debido a disnea en asociación con cinco o más apneas centrales por hora de sueño. Las personas con insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular o insuficiencia renal que padecen apnea central del sueño suelen tener un patrón respiratorio llamado respiración de Cheyne-Stokes, que se caracteriza por un patrón de variación periódica de crescendo-decrescendo en el volumen corriente que da como resultado apneas e hipopneas centrales que ocurren en una frecuencia de al menos cinco eventos por hora. Los eventos a menudo se asocian con la excitación, pero la excitación no es necesaria para el diagnóstico. La apnea central del sueño observada a gran altura se produce después del ascenso a una gran altitud, generalmente al menos a 2.500 metros sobre el nivel del mar. Pueden coexistir apneas del sueño central y obstructiva; un diagnóstico de apnea hipopnea central del sueño requiere que los eventos centrales sean > 50% del número total de eventos respiratorios.

Pueden ocurrir alteraciones en el control neuromuscular de la respiración en asociación con medicamentos o sustancias, que pueden causar o exacerbar alteraciones del ritmo respiratorio y la ventilación.
Las personas que toman medicamentos con estos efectos pueden tener un trastorno respiratorio relacionado con el sueño que podría contribuir a alteraciones del sueño y síntomas como

como somnolencia, confusión y depresión. Específicamente, el uso crónico de medicamentos opioides de acción prolongada a menudo se asocia con un deterioro del control respiratorio que conduce a la apnea central del sueño.

Funciones asociadas

Las personas con apnea hipopnea central del sueño pueden presentar somnolencia o insomnio. Pueden tener quejas de fragmentación del sueño, incluido el despertar con disnea. Algunas personas son asintomáticas. La apnea hipopnea obstructiva del sueño puede coexistir con la respiración de Cheyne-Stokes y, por lo tanto, se pueden observar ronquidos y eventos obstructivos que terminan abruptamente durante el sueño.

Los hallazgos físicos observados en personas con un patrón respiratorio de Cheyne-Stokes se relacionan con sus factores de riesgo. Pueden presentarse signos compatibles con insuficiencia cardíaca, como distensión venosa yugular, ruido cardíaco S3, crepitantes pulmonares y edema de las extremidades inferiores.

Predominio

Se desconoce la prevalencia de la apnea central del sueño idiopática, pero se cree que es poco común. La prevalencia de la respiración de Cheyne-Stokes es alta en personas con fracción de eyección ventricular cardíaca deprimida. En individuos con una fracción de eyección <45%, se ha informado que la prevalencia oscila entre el 15% y el 44%. La proporción de género para la prevalencia en América del Norte, Europa,

Machine Translated by Google

y Australia está aún más inclinada hacia los hombres que hacia la apnea hipopnea obstructiva del sueño. La prevalencia aumenta con la edad y la mayoría de las personas que padecen este trastorno tienen más de 60 años. La respiración de Cheyne-Stokes ocurre en aproximadamente el 20% de las personas con accidente cerebrovascular agudo, según lo evaluado en Barcelona y Toronto. La apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides ocurre en aproximadamente el 24% de las personas que toman opioides de forma crónica para el dolor no maligno y de manera similar en las personas que reciben terapia de mantenimiento con metadona, como se observa en varios países de altos ingresos. Las dosis más altas de opioides se asocian con una mayor gravedad, especialmente en dosis diarias equivalentes de morfina > 200 mg. En niños evaluados en Francia y Canadá, la prevalencia oscila entre el 4% y el 6%.

Desarrollo y curso Los parámetros de

polisomnografía para diagnosticar la apnea central del sueño son diferentes para niños que para adultos y comprenden cualquiera de los siguientes: 1) cese del flujo de aire y del esfuerzo respiratorio durante más de 20 segundos, dos ciclos respiratorios asociados con un despertar del sueño, o > 3% de desaturación de oxígeno; o 2) dos ciclos respiratorios asociados con bradicardia.

La aparición de la respiración de Cheyne-Stokes parece estar ligada al desarrollo de insuficiencia cardíaca. El patrón respiratorio de Cheyne-Stokes se asocia con oscilaciones en la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la desaturación de oxígeno, y una actividad elevada del sistema nervioso simpático que puede promover la progresión de la insuficiencia cardíaca. Se desconoce la importancia clínica de la respiración de Cheyne-Stokes en el contexto de un accidente cerebrovascular, pero la respiración de Cheyne-Stokes puede ser un hallazgo transitorio que se resuelve con el tiempo después de un accidente cerebrovascular agudo. Se ha documentado apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides durante el uso crónico (es decir, durante varios meses).

Factores de Riesgo y Pronóstico Genéticos y

fisiológicos. La respiración de Cheyne-Stokes está presente con frecuencia en personas con insuficiencia cardíaca. La coexistencia de fibrilación auricular aumenta aún más el riesgo, al igual que la edad avanzada y el sexo masculino.
La respiración de Cheyne-Stokes también se observa en asociación con accidente cerebrovascular agudo y posiblemente insuficiencia renal. La inestabilidad ventilatoria subyacente en el contexto de insuficiencia cardíaca se ha atribuido al aumento de la quimiosensibilidad ventilatoria y a la hiperventilación debido a la congestión vascular pulmonar y al retraso circulatorio. La apnea central del sueño se observa en personas que toman opioides de acción prolongada. En los niños, la apnea central del sueño se puede encontrar en

personas con anomalías congénitas, en particular malformación de Arnold-Chiari, o afecciones médicas comórbidas como el reflujo gastroesofágico. En raras ocasiones, la apnea central del sueño resultante de una afección congénita puede no manifestarse hasta la edad adulta (p. ej., malformación de Arnold-Chiari e hipoventilación central congénita).

Marcadores de diagnóstico La

polisomnografía se utiliza para caracterizar las características respiratorias de cada subtipo de trastorno del sueño relacionado con la respiración. Las apneas centrales del sueño se registran cuando se producen períodos de cese de la respiración durante más de 10 segundos. La respiración de Cheyne-Stokes se caracteriza por un patrón de variación periódica de crescendo-decrescendo en el volumen corriente que produce apneas e hipopneas centrales.

Machine Translated by Google

ocurriendo con una frecuencia de al menos cinco eventos por hora con un número de apneas e hipopneas centrales > 50% del número total de apneas e hipopneas. La duración del ciclo de respiración de Cheyne-Stokes (o el tiempo desde el final de una apnea central hasta el final de la siguiente apnea) es de aproximadamente 60 segundos.

Consecuencias funcionales de la apnea central del sueño Se ha informado que la apnea central del sueño idiopática causa síntomas de alteración del sueño, incluidos insomnio y somnolencia. La respiración de Cheyne-Stokes con insuficiencia cardíaca comórbida se ha asociado con somnolencia excesiva, fatiga e insomnio, aunque muchos individuos pueden ser asintomáticos. La coexistencia de insuficiencia cardíaca y respiración de Cheyne-Stokes puede estar asociada con un aumento de arritmias cardíacas y una mayor mortalidad o trasplante cardíaco. Las personas con apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides pueden presentar síntomas de somnolencia o insomnio.

Diagnóstico diferencial La apnea central idiopática del sueño debe distinguirse de otros trastornos del sueño relacionados con la respiración, otros trastornos del sueño y afecciones médicas y trastornos mentales que causan fragmentación del sueño, somnolencia y fatiga. Esto se logra mediante polisomnografía.

Otros trastornos del sueño relacionados con la respiración y trastornos del sueño. La apnea central del sueño se puede distinguir de la apnea hipopnea obstructiva del sueño por la presencia de al menos cinco apneas centrales por hora de sueño. Estas condiciones pueden coexistir, pero se considera que la apnea central del sueño predomina cuando los eventos respiratorios centrales son > 50% del número total de eventos respiratorios.

La respiración de Cheyne-Stokes se puede distinguir de otros trastornos mentales, incluidos otros trastornos del sueño y otras afecciones médicas que causan fragmentación del sueño, somnolencia y fatiga, según la presencia de una afección predisponente (p. ej., insuficiencia cardíaca o accidente cerebrovascular) y signos y polisomnografía. evidencia del patrón respiratorio característico. Los hallazgos respiratorios polisomnográficos pueden ayudar a distinguir la respiración de Cheyne-Stokes del insomnio debido a otras afecciones médicas. Por ejemplo, la apnea central del sueño debida a la respiración periódica a gran altitud tiene un patrón que se asemeja a la respiración de Cheyne-Stokes pero tiene un ciclo más corto, ocurre sólo a gran altitud y no está asociada con insuficiencia cardíaca.

La apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides se puede diferenciar de otros tipos de trastornos del sueño relacionados con la respiración según el uso de medicamentos opioides de acción prolongada junto con evidencia polisomnográfica de apneas centrales y respiración periódica o atáxica.
Se puede distinguir del insomnio debido al uso de drogas o sustancias basándose en la evidencia polisomnográfica de apnea central del sueño.

Comorbilidad Los trastornos de apnea central del sueño se presentan con frecuencia en usuarios de opioides de acción prolongada, como la metadona. Las personas que toman estos medicamentos tienen un trastorno del sueño relacionado con la respiración que podría contribuir a alteraciones del sueño y síntomas como somnolencia,

confusión y depresión. Mientras el individuo duerme, los patrones respiratorios como el central

Machine Translated by Google

Se pueden observar apneas, apneas periódicas y respiración atáxica. La apnea hipopnea obstructiva del sueño puede coexistir con la apnea central del sueño y también pueden presentarse características compatibles con esta afección (consulte “Apnea hipopnea obstructiva del sueño” anteriormente en este capítulo). La respiración de Cheyne-Stokes se observa con mayor frecuencia en asociación con afecciones que incluyen insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal y se observa con mayor frecuencia en personas con fibrilación auricular. Las personas con respiración de Cheyne-Stokes tienen más probabilidades de ser mayores, de ser hombres y de tener menos peso que las personas con apnea hipopnea obstructiva del sueño.

Relación con la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, tercera edición (ICSD-3), incluye ocho subtipos de apnea central del sueño (apnea central del sueño con respiración de Cheyne-Stokes, apnea central debida a un trastorno médico sin respiración de Cheyne-Stokes respiratoria, apnea central del sueño debida a respiración periódica a gran altitud, apnea central del sueño debida a un medicamento o sustancia, apnea central primaria del sueño, apnea central primaria del sueño de la infancia, apnea central primaria del sueño del prematuro y apnea central del sueño surgida del tratamiento) . Al igual que en el DSM-5, la mayoría de estos diagnósticos requieren una frecuencia de 5 o más eventos centrales por hora de sueño. Además, los criterios ICSD-3 también requieren la presencia de signos o síntomas (p. ej., quejas de insomnio o somnolencia diurna). Los eventos centrales deben constituir al menos el 50% del número total de apneas e hipopneas. La apnea central primaria del sueño de la infancia y la apnea central primaria del sueño del prematuro tienen sus propios criterios distintos que difieren de las formas adultas de apnea central del sueño.

Hipoventilación relacionada con el sueño

Criterios de diagnóstico

A. La polisomnografía demuestra episodios de disminución de la respiración asociados con niveles elevados de CO_2. (Nota: en ausencia de una medición objetiva de CO_2 , los niveles bajos persistentes de saturación de oxígeno de la hemoglobina no asociados con eventos de apnea/hipopneia pueden indicar hipoventilación).

B. La alteración no se explica mejor por otro trastorno del sueño actual.

Especifique si:

G47.34 Hipoventilación idiopática: este subtipo no es atribuible a ninguna afección fácilmente identificada.

G47.35 Hipoventilación alveolar central congénita: este subtipo es un trastorno congénito poco común en el que el individuo típicamente se presenta en el período perinatal con respiración superficial o cianosis y apnea durante el sueño.

G47.36 Hipoventilación comórbida relacionada con el sueño: este subtipo ocurre como consecuencia de una afección médica, como un trastorno pulmonar (p. ej., enfermedad pulmonar intersticial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica) o un trastorno neuromuscular o de la pared torácica (p. ej., distrofias musculares, síndrome pospolio, lesión de la médula espinal cervical, cifoescoliosis) o medicamentos (p. ej.,

Machine Translated by Google

benzodiacepinas, opiáceos). También ocurre con la obesidad (trastorno de hipoventilación por obesidad), donde refleja una combinación de aumento del trabajo respiratorio debido a una menor distensibilidad de la pared torácica y un desajuste entre la ventilación y la perfusión y una reducción variable del impulso ventilatorio. Estos individuos suelen caracterizarse por un índice de masa corporal superior a 30 e hipercapnia durante la vigilia (con una pCO2 superior a 45), sin otros signos de hipoventilación.

Especifique la gravedad actual:

la gravedad se clasifica según el grado de hipoxemia e hipercapnia presentes durante el sueño y la evidencia de deterioro de órganos terminales debido a estas anomalías (p. ej., insuficiencia cardíaca derecha). La presencia de anomalías en los gases en sangre durante la vigilia es un indicador de mayor gravedad.

Subtipos

Los subtipos de hipoventilación relacionada con el sueño incluyen los siguientes:

- La hipoventilación idiopática, también conocida como hipoventilación alveolar central idiopática, se caracteriza por una reducción del volumen corriente y un aumento de CO2 durante el sueño, en ausencia de cualquier comorbilidad identificable que pueda explicar la hipoventilación.
- La hipoventilación alveolar central congénita es un trastorno poco común asociado con la mutación del gen PHOX2B. normalmente se manifiesta al nacer.
- La hipoventilación comórbida relacionada con el sueño se debe a una de numerosas comorbilidades potenciales, que incluyen enfermedad pulmonar (p. ej., enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]), anomalías de la pared torácica (p. ej., cifoescoliosis), enfermedad neuromuscular (p. ej., esclerosis lateral amiotrófica) y obesidad. (conocido como hipoventilación por obesidad), así como el uso de medicamentos o sustancias, especialmente opioides.

Características diagnósticas La

hipoventilación relacionada con el sueño puede ocurrir de forma independiente o, más frecuentemente, comorbilidad con trastornos médicos o neurológicos, uso de medicamentos o trastorno por uso de sustancias. Aunque los síntomas no son obligatorios para hacer este diagnóstico, las personas a menudo informan somnolencia diurna excesiva, despertares frecuentes durante el sueño, dolores de cabeza matutinos y quejas de insomnio.

Funciones asociadas

Las personas con hipoventilación relacionada con el sueño pueden presentar quejas de insomnio o somnolencia relacionadas con el sueño. Pueden ocurrir episodios de ortopnea en personas con debilidad del diafragma. Pueden presentarse dolores de cabeza al despertar. Durante el sueño se pueden observar episodios de respiración superficial y pueden coexistir apnea obstructiva del sueño, hipopnea o apnea central del sueño. Pueden presentarse consecuencias de la insuficiencia ventilatoria, como hipertensión pulmonar, cor pulmonale (insuficiencia cardíaca derecha), policitemia y disfunción neurocognitiva.

Machine Translated by Google

Con la progresión de la insuficiencia ventilatoria, las anomalías de los gases en sangre se extienden hasta el estado de vigilia. También pueden estar presentes características de una afección médica que causa hipoventilación relacionada con el sueño. Los episodios de hipoventilación pueden estar asociados con despertares frecuentes o braditaquicardia.
Los individuos pueden quejarse de somnolencia excesiva e insomnio o dolores de cabeza matutinos o pueden presentar hallazgos de disfunción neurocognitiva o depresión. Es posible que no haya hipoventilación durante la vigilia.

Predominio

La hipoventilación idiopática relacionada con el sueño en adultos es muy poco común. Se desconoce la prevalencia de la hipoventilación alveolar central congénita, pero el trastorno es poco común. La hipoventilación comórbida relacionada con el sueño (es decir, hipoventilación comórbida con otras afecciones, como EPOC, trastornos neuromusculares u obesidad) es más común.

Se estima que la prevalencia de hipoventilación comórbida relacionada con el sueño debido a la obesidad en la población general es de aproximadamente 0,14% a 0,6% según las tasas nacionales de obesidad y la prevalencia de apnea obstructiva del sueño en varios países. Las tasas crecientes de obesidad se asocian con una mayor prevalencia de hipoventilación comórbida relacionada con el sueño

debido a la obesidad. En personas remitidas a una clínica del sueño que tienen un índice de masa corporal > 35 kg/m2 , la prevalencia puede llegar al 42%.

Desarrollo y evolución Se cree que la

hipoventilación idiopática relacionada con el sueño es un trastorno de insuficiencia respiratoria de progresión lenta. Cuando el trastorno de hipoventilación relacionado con el sueño se presenta de forma comórbida con otros trastornos (p. ej., EPOC, trastornos neuromusculares, obesidad), la gravedad de la enfermedad refleja la gravedad de la afección subyacente y el trastorno progresa a medida que empeora.
Complicaciones como hipertensión pulmonar, cor pulmonale, arritmias cardíacas, policitemia, disfunción neurocognitiva y empeoramiento de la insuficiencia respiratoria pueden desarrollarse con una gravedad cada vez mayor de las anomalías de los gases en sangre.

La hipoventilación alveolar central congénita suele manifestarse al nacer con respiración superficial, errática o ausente. Este trastorno también puede manifestarse durante la infancia, la niñez y la edad adulta debido a la penetrancia variable de la mutación PHOX2B .

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El impulso ventilatorio puede reducirse en personas que toman depresores del sistema nervioso central, incluidas benzodiazepinas, opiáceos y alcohol.

Genético y fisiológico. La hipoventilación idiopática relacionada con el sueño se asocia con una reducción del impulso ventilatorio debido a una menor capacidad de respuesta quimio al CO2 (reducción del impulso respiratorio; es decir, "no respira"), lo que refleja déficits neurológicos subyacentes en los centros que gobiernan el control de la ventilación. Más comúnmente, la hipoventilación relacionada con el sueño es comórbida con otra afección médica, como un trastorno pulmonar, un trastorno neuromuscular o de la pared torácica, o hipotiroidismo, o con el uso de medicamentos (p. ej., benzodiazepinas, opiáceos). En estas condiciones,

Machine Translated by Google

la hipoventilación puede ser consecuencia de un aumento del trabajo respiratorio y/o deterioro de la función de los músculos respiratorios (es decir, “no puedo respirar”) o reducción del impulso respiratorio.

Los trastornos neuromusculares influyen en la respiración a través del deterioro de la inervación motora respiratoria o de la función de los músculos respiratorios. Incluyen afecciones como esclerosis lateral amiotrófica, lesión de la médula espinal, parálisis diafragmática, miastenia gravis, síndrome de Lambert-Eaton, miopatías tóxicas o metabólicas, síndrome pospolio y síndrome de Charcot-Marie-Tooth.

La hipoventilación alveolar central congénita es un trastorno genético atribuible a mutaciones de PHOX2B, un gen crucial para el desarrollo del sistema nervioso autónomo embrionario y los derivados de la cresta neural. Los niños con hipoventilación alveolar central congénita muestran respuestas ventilatorias embotadas a la hipercapnia, especialmente durante el sueño con movimientos oculares no rápidos.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Las distribuciones de género para la hipoventilación relacionada con el sueño que ocurre en asociación con condiciones comórbidas reflejan las distribuciones de género de las condiciones comórbidas. Por ejemplo, la EPOC se presenta con mayor frecuencia en hombres y con la edad. Contrariamente a datos anteriores, ahora se cree que la hipoventilación por obesidad ocurre por igual entre géneros y, en algunos estudios, puede haber incluso una prevalencia ligeramente mayor en las mujeres.

Marcadores de diagnóstico

La hipoventilación relacionada con el sueño se diagnostica mediante polisomnografía, que demuestra hipoxemia e hipercapnia relacionadas con el sueño que no se explica mejor por otro trastorno del sueño relacionado con la respiración. La documentación de 1) aumento de los niveles de pCO2 arterial a > 55 mmHg durante el sueño o 2) un aumento ≥ 10 mmHg en los niveles de pCO2 (a un nivel que también excede

50 mmHg) durante el sueño en comparación con los valores en decúbito supino despierto, que en cada caso superan los 10 minutos de duración, es el estándar de oro para el diagnóstico. Sin embargo, obtener determinaciones de gases en sangre arterial durante el sueño no es práctico, y las medidas no invasivas de pCO2 no se han validado adecuadamente durante el sueño y no se utilizan ampliamente durante la polisomnografía en adultos. Disminuciones prolongadas y sostenidas de la saturación de oxígeno (saturación de oxígeno < 90 % durante más de 5 minutos con un nadir de al menos 85 %, o saturación de oxígeno < 90 % durante al menos el 30 % del tiempo de sueño) en ausencia de evidencia de la obstrucción de las vías respiratorias superiores se utiliza a menudo como indicación de hipoventilación relacionada con el sueño; sin embargo, este hallazgo no es específico, ya que existen otras causas potenciales de hipoxemia, como la debida a una enfermedad pulmonar.

Los niños con hipoventilación alveolar central congénita tienen más probabilidades de sufrir trastornos del sistema nervioso autónomo, enfermedad de Hirschsprung, tumores de la cresta neural y una cara característica en forma de caja (es decir, la cara es corta en relación con su ancho).

Consecuencias funcionales de la hipoventilación relacionada con el sueño

Las consecuencias de la hipoventilación relacionada con el sueño están relacionadas con los efectos de la exposición crónica a la hipercapnia y la hipoxemia. Estos trastornos de los gases en sangre causan vasoconstricción del

Machine Translated by Google

vasculatura pulmonar que conduce a hipertensión pulmonar que, si es grave, puede provocar insuficiencia cardíaca derecha (cor pulmonale). La hipoxemia puede provocar una disfunción de órganos como el cerebro, la sangre y el corazón, lo que provoca resultados como disfunción cognitiva, policitemia y arritmias cardíacas. La hipercapnia puede deprimir el impulso ventilatorio y provocar insuficiencia respiratoria progresiva.

Diagnóstico diferencial

Otras condiciones médicas que afectan la ventilación. En adultos, la variedad idiopática de hipoventilación relacionada con el sueño es muy poco común y se determina excluyendo la presencia de enfermedades pulmonares, malformaciones esqueléticas, trastornos neuromusculares y otros trastornos médicos y neurológicos o medicamentos que afectan la ventilación. La hipoventilación relacionada con el sueño debe distinguirse de otras causas de hipoxemia relacionada con el sueño, como la debida a una enfermedad pulmonar.

Otros trastornos del sueño relacionados con la respiración. La hipoventilación relacionada con el sueño se puede distinguir de la apnea obstructiva del sueño, la hipopnea y la apnea central del sueño según las características clínicas y los hallazgos de la polisomnografía. La hipoventilación relacionada con el sueño generalmente muestra períodos más sostenidos de desaturación de oxígeno en lugar de los episodios periódicos observados en la apnea obstructiva del sueño y la apnea central del sueño. La apnea obstructiva del sueño, la hipopnea y la apnea central del sueño también muestran un patrón de episodios discretos de reducciones repetidas del flujo de aire que pueden estar ausentes en la hipoventilación relacionada con el sueño. Sin embargo, pueden ocurrir apneas e hipopneas tanto obstructivas como centrales en asociación con la hipoventilación relacionada con el sueño. En la hipoventilación por obesidad, la mayoría de las personas tendrán apnea obstructiva del sueño comórbida.

Comorbilidad

La hipoventilación relacionada con el sueño a menudo ocurre asociada con un trastorno pulmonar (p. ej., enfermedad pulmonar intersticial, EPOC), con un trastorno neuromuscular o de la pared torácica (p. ej., distrofias musculares, síndrome pospolio, lesión de la médula espinal cervical, cifoescoliosis), con obesidad o, lo que es más relevante para el médico, con el uso de medicamentos (p. ej., benzodiazepinas, opiáceos). La hipoventilación alveolar central congénita a menudo ocurre en asociación con disfunción autonómica y puede ocurrir en asociación con la enfermedad de Hirschsprung. La EPOC, un trastorno de obstrucción de las vías respiratorias inferiores generalmente asociado con el tabaquismo, puede provocar hipoventilación e hipoxemia relacionadas con el sueño. La presencia de apnea obstructiva del sueño coexistente.

Se cree que la hipopnea exacerba la hipoxemia y la hipercapnia durante el sueño y la vigilia.
La relación entre la hipoventilación alveolar central congénita y la hipoventilación idiopática relacionada con el sueño no está clara; en algunos individuos, la hipoventilación idiopática relacionada con el sueño puede representar casos de hipoventilación alveolar central congénita de aparición tardía.

Relación con la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño

La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, tercera edición (ICSD-3), reconoce seis subtipos de trastornos de hipoventilación del sueño. El síndrome de hipoventilación alveolar central congénita y la hipoventilación idiopática (hipoventilación alveolar central idiopática en la ICSD-3) se clasifican de manera idéntica en el DSM-5 y la ICSD-3. Sin embargo, el ICSD-3 subtipos de obesidad.

Machine Translated by Google

El síndrome de hipoventilación, la hipoventilación relacionada con el sueño debida a un medicamento o sustancia y la hipoventilación relacionada con el sueño debido a un trastorno médico se incluyen en la hipoventilación comórbida relacionada con el sueño en el DSM-5. El subtipo de hipoventilación central de aparición tardía con disfunción hipotalámica no figura en el DSM-5. El enfoque de clasificación del DSM-5 refleja la frecuente coexistencia de trastornos que conducen a hipoventilación e hipoxemia. Por el contrario, la clasificación utilizada en ICSD-3 refleja evidencia de que existen distintos procesos patogénicos relacionados con el sueño que conducen a la hipoventilación.

Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón persistente o recurrente de alteración del sueño que se debe principalmente a una alteración del sistema circadiano o a una desalineación entre el ritmo circadiano endógeno y el horario de sueño-vigilia requerido por el entorno físico o el horario social o profesional de un individuo.

B. La interrupción del sueño provoca somnolencia excesiva o insomnio, o ambos.

C. La alteración del sueño causa malestar o deterioro clínicamente significativo en social, ocupacional y otras áreas importantes de funcionamiento.

Especifique si:

G47.21 Tipo de fase de sueño retrasada: Un patrón de retraso en el inicio del sueño y en el despertar, con incapacidad para conciliar el sueño y despertarse a una hora más temprana deseada o convencionalmente aceptable.

Especificar

si: Familiar: Hay antecedentes familiares de retraso en la fase del sueño.

Especifique

si: Se superpone con el tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas: el tipo de fase de sueño retrasada puede superponerse con otro trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, del tipo sueño-vigilia que no es de 24 horas.

G47.22 Tipo de fase avanzada del sueño: Un patrón de horas avanzadas de inicio del sueño y de despertar, con incapacidad para permanecer despierto o dormido hasta las horas posteriores de sueño o vigilia deseadas o convencionalmente aceptables.

Especificar

si: Familiar: Hay antecedentes familiares de fase avanzada del sueño.

G47.23 Tipo de sueño-vigilia irregular: Un patrón de sueño-vigilia temporalmente desorganizado, tal que el momento de los períodos de sueño y vigilia es variable a lo largo del período de 24 horas.

Machine Translated by Google

G47.24 Tipo de sueño-vigilia que no dura 24 horas: un patrón de ciclos de sueño-vigilia que no está sincronizado con el entorno de 24 horas, con una variación diaria constante (generalmente hacia horas cada vez más tardías) de las horas de inicio del sueño y de vigilia. .

G47.26 Tipo de trabajo por turnos: insomnio durante el período principal de sueño y/o somnolencia excesiva (incluido el sueño involuntario) durante el período principal de vigilia asociado con un horario de trabajo por turnos (es decir, que requiere horas de trabajo no convencionales).

G47.20 Tipo no especificado

Especificar

si: Episódico: Los síntomas duran al menos 1 mes pero menos de 3 meses.

Persistente: los síntomas duran 3 meses o más.

Recurrente: ocurren dos o más episodios en el lapso de 1 año.

Tipo de fase de sueño retrasada

Características diagnósticas El

tipo de fase de sueño retrasada se basa principalmente en una historia de un retraso en el momento del período de sueño principal (generalmente más de 2 horas) en relación con el tiempo deseado de sueño y de despertar, lo que resulta en síntomas de insomnio y exceso de sueño. somnolencia. Cuando se les permite establecer su propio horario, las personas con un tipo de fase de sueño retrasada exhiben una calidad y duración del sueño normales para su edad. Son destacados los síntomas de insomnio al inicio del sueño, dificultad para despertarse por la mañana y somnolencia excesiva a primera hora del día.

Funciones asociadas

Las características asociadas comunes del tipo de fase retrasada del sueño incluyen antecedentes de trastornos mentales o un trastorno mental concurrente. También es común la dificultad extrema y prolongada para despertar con confusión matutina. El trastorno de insomnio puede desarrollarse como resultado de conductas desadaptativas que alteran el sueño y aumentan la excitación debido a intentos repetidos de conciliar el sueño a una hora más temprana.

Predominio

La prevalencia del tipo de fase retrasada del sueño es mayor en adolescentes y adultos jóvenes, con tasas estimadas entre 3,3% y 4,6% en Noruega y Suecia. Los estudios de prevalencia en adultos arrojan tasas significativamente más bajas, estimadas entre 0,2% y 1,7% en Noruega y Nueva Zelanda. Aunque no se ha establecido la prevalencia del tipo de fase de sueño retrasada familiar, a menudo hay antecedentes familiares de fase de sueño retrasada en personas con este tipo de fase.

Desarrollo y evolución La evolución es

persistente, con exacerbaciones intermitentes a lo largo de la edad adulta en algunos individuos.

Machine Translated by Google

Aunque la edad de inicio es variable, los síntomas suelen comenzar en la adolescencia y la edad adulta temprana y persisten durante varios meses o años antes de que se establezca el diagnóstico. La gravedad puede disminuir con la edad. La recaída de los síntomas es común.

La expresión clínica puede variar a lo largo de la vida dependiendo de las obligaciones sociales, escolares y laborales. La exacerbación suele ser provocada por un cambio en el horario laboral o escolar que requiere levantarse temprano. Las personas que pueden modificar sus horarios de trabajo para adaptarse al retraso circadiano del sueño y de la vigilia pueden experimentar la remisión de los síntomas.

El aumento de la prevalencia en la adolescencia puede ser consecuencia de factores tanto fisiológicos como conductuales. Los cambios hormonales pueden estar involucrados específicamente, ya que el retraso en la fase del sueño se asocia con el inicio de la pubertad. Por lo tanto, el tipo de fase de sueño retrasada en los adolescentes debe diferenciarse del retraso común en la sincronización de los ritmos circadianos en este grupo de edad. En la forma familiar, el curso es persistente y puede no mejorar significativamente con la edad.

Factores de Riesgo y Pronóstico Genéticos y fisiológicos. Los factores predisponentes pueden incluir un período circadiano más largo que el promedio, cambios en la sensibilidad a la luz y alteración del impulso homeostático del sueño. Algunas personas con un tipo de fase de sueño retrasada pueden ser hipersensibles a la luz del atardecer, lo que puede servir como una señal de retraso para el reloj circadiano, o pueden ser hiposensibles a la luz de la mañana, de modo que se reducen sus efectos de avance de fase. Los factores genéticos pueden desempeñar un papel en la patogénesis de las formas familiares y esporádicas del tipo de fase retrasada del sueño. Un estudio de familias no emparentadas que muestra una fuerte heredabilidad del trastorno describió una mutación en el gen del reloj, CRY1, que ocurre en aproximadamente el 0,6% de la población, lo que resulta en una mayor inhibición de la transcripción de los genes activadores del reloj, CLOCK y BMAL1.

Marcadores de diagnóstico La confirmación del diagnóstico incluye una historia completa y el uso de un diario de sueño o actígrafo (es decir, un detector de movimiento en la muñeca que monitorea la actividad motora durante períodos prolongados; si se mide durante al menos 7 días, la actividad motora se puede utilizar como un proxy de los patrones de sueño-vigilia). El período cubierto debe incluir los fines de semana, cuando las obligaciones sociales y laborales son menos estrictas, para garantizar que el individuo muestre un patrón de sueño-vigilia constantemente retrasado. El marcador de fase derivado de laboratorio más comúnmente disponible es el tiempo de inicio de melatonina en luz tenue en saliva (DLMO). Sin embargo, no todos los individuos a los que se les diagnostica un retraso en la fase del sueño presentan un retraso en la DLMO. Una investigación de individuos rigurosamente diagnosticados encontró que solo el 57% presentaba retrasos en las fases fisiológicas (medido por un tiempo de DLMO que ocurría después de la hora de acostarse deseada), mientras que el 43% restante tenía tiempos de DLMO que ocurrían antes de la hora de acostarse deseada. Como se señaló anteriormente, el comportamiento, más que la alteración fisiológica circadiana, puede desempeñar un papel más predominante en el último grupo (anterior DLMO). Teniendo esto en cuenta, los marcadores de fase pueden, en última instancia, demostrar más valor para optimizar el momento del tratamiento y/o como medida de la respuesta al tratamiento.

Consecuencias funcionales del tipo de fase de sueño retrasada La somnolencia excesiva durante las primeras horas del día es prominente. Dificultad extrema y prolongada para despertar con

Machine Translated by Google

La confusión matutina (es decir, la inercia del sueño) también es común. La gravedad del insomnio y los síntomas de somnolencia excesiva varía sustancialmente entre los individuos y depende en gran medida de las demandas laborales y sociales del individuo.

Diagnóstico Diferencial Variaciones normativas del sueño. El tipo de fase de sueño retrasada debe distinguirse de los patrones de sueño "normales" en los que una persona tiene un horario tardío que no causa malestar personal, social u ocupacional (observado con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes).

Otros trastornos del sueño. El trastorno de insomnio y otros trastornos del ritmo circadiano del sueño y la vigilia deben incluirse en el diferencial. La somnolencia excesiva también puede ser causada por otros trastornos del sueño, como trastornos del sueño relacionados con la respiración, insomnio, síndrome de piernas inquietas y trastornos médicos, neurológicos y mentales. La polisomnografía nocturna puede ayudar a evaluar otros trastornos del sueño comórbidos, como la apnea del sueño. Sin embargo, la naturaleza circadiana del tipo de fase retrasada del sueño debería diferenciarlo de otros trastornos con síntomas similares.

Comorbilidad El tipo de fase de sueño retrasada se asocia con trastornos depresivos, trastornos de la personalidad, trastorno de síntomas somáticos o trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno del espectro autista. Además, los trastornos comórbidos del sueño, como el trastorno de insomnio, el síndrome de piernas inquietas y la apnea del sueño, como

así como los trastornos depresivos, bipolares y los trastornos de ansiedad, pueden exacerbar los síntomas de insomnio y somnolencia excesiva. El tipo de fase de sueño retrasada puede superponerse con otro trastorno del ritmo circadiano del sueño-vigilia, el tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas. Las personas videntes con un trastorno del tipo sueño-vigilia que no dura 24 horas también suelen tener antecedentes de retraso en la fase circadiana del sueño.

Tipo de fase de sueño avanzada

Especificadores

La presencia de antecedentes familiares de fase avanzada del sueño puede indicarse con el especificador "familiar". En la forma familiar, las mutaciones específicas demuestran un modo de herencia autosómico dominante, el curso es persistente y la gravedad de los síntomas puede aumentar con la edad. No se ha establecido la prevalencia del tipo familiar de fase avanzada del sueño.

Características de diagnóstico El tipo de fase de sueño avanzada se caracteriza por tiempos de sueño-vigilia que son varias horas más tempranos que los horarios deseados o convencionales. El diagnóstico se basa principalmente en una historia de un avance en el momento del período principal de sueño (generalmente más de 2 horas) en relación con el sueño deseado y la hora de despertarse, con síntomas de insomnio matutino y somnolencia diurna excesiva.

Cuando se les permite establecer su horario, las personas con un tipo de fase de sueño avanzada exhibirán una calidad y duración del sueño normales para su edad.

Machine Translated by Google

Funciones asociadas

Las personas con un tipo de fase de sueño avanzada son "tipos matutinos", tienen horarios de sueño y vigilia más tempranos, y la sincronización de los biomarcadores circadianos como la melatonina y los ritmos de la temperatura corporal central ocurren entre 2 y 4 horas antes de lo normal. Cuando se les exige mantener un horario convencional que requiere un retraso en la hora de acostarse, estas personas seguirán levantándose temprano, lo que provocará una privación persistente del sueño y somnolencia diurna. El uso de hipnóticos o alcohol para combatir el insomnio de mantenimiento del sueño y de estimulantes para reducir la somnolencia diurna puede provocar abuso de sustancias en estos individuos.

Predominio

La prevalencia estimada del tipo de fase avanzada del sueño es aproximadamente del 1% en adultos de mediana edad en los Estados Unidos. Los tiempos de sueño-vigilia y el avance de la fase circadiana en personas mayores probablemente explican la mayor prevalencia en esta población.

Desarrollo y evolución El inicio

suele ocurrir al final de la edad adulta, aunque en la forma familiar, el inicio puede ser más temprano (durante la niñez o la edad adulta temprana). El curso suele ser persistente y dura más de 3 meses, pero la gravedad puede aumentar según los horarios laborales y sociales. El tipo de fase avanzada del sueño es más común en adultos mayores.

La expresión clínica puede variar a lo largo de la vida dependiendo de las obligaciones sociales, escolares y laborales. Las personas que pueden modificar sus horarios de trabajo para adaptarse a los tiempos circadianos avanzados de sueño y vigilia pueden experimentar la remisión de los síntomas. El aumento de la edad tiende a adelantar la fase de sueño. Sin embargo, no está claro si el tipo de fase de sueño avanzada común asociado con la edad es atribuible únicamente a un cambio en el ritmo circadiano (como se observa en la forma familiar) o también a cambios relacionados con la edad en la regulación homeostática del sueño, lo que resulta en un despertar más temprano. . La gravedad, la remisión y la recaída de los síntomas dependen del cumplimiento de los tratamientos conductuales y ambientales diseñados para controlar la estructura y la luz del sueño y la vigilia.
exposición.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental.

La disminución de la exposición a la luz al final de la tarde/temprano en la noche y/o el aumento de la exposición a la luz de las primeras horas de la mañana debido al despertar temprano en la mañana pueden aumentar el riesgo de un tipo de fase de sueño avanzada al avanzar los ritmos circadianos. Al acostarse temprano, estos individuos no están expuestos a la luz en la región de retraso de fase de la curva, lo que resulta en la perpetuación de la fase avanzada. En el tipo familiar de fase de sueño avanzada, un acortamiento del período circadiano endógeno puede resultar en una fase de sueño avanzada, aunque el período circadiano no parece disminuir sistemáticamente con la edad.

Genético y fisiológico.

El tipo de fase avanzada del sueño ha demostrado un modo de herencia autosómico dominante, que incluye una mutación del gen PER2 que causa hipofosforilación de la proteína PER2 y una mutación sin sentido en CKI.

Machine Translated by Google

Marcadores de diagnóstico Se utilizan un diario del sueño y una actigrafía como marcadores de diagnóstico, como se describió anteriormente para el tipo de fase de sueño retrasada.

Consecuencias funcionales del tipo de fase avanzada del sueño La somnolencia excesiva asociada con la fase avanzada del sueño puede tener un efecto negativo en el rendimiento cognitivo, la interacción social y la seguridad. El uso de agentes promotores de la vigilia para combatir la somnolencia más tarde en el día o sedantes para inhibir el despertar temprano en la mañana puede aumentar el potencial de abuso de sustancias.

Diagnóstico Diferencial Variaciones normales del sueño. Se deben considerar factores de comportamiento como horarios de sueño irregulares, despertar temprano voluntario y exposición a la luz temprano en la mañana, particularmente en adultos mayores.

Otros trastornos que provocan el despertar temprano en la mañana. Se debe prestar especial atención para descartar otros trastornos del sueño y la vigilia (p. ej., trastorno de insomnio), otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastornos bipolares) y afecciones médicas que pueden provocar un despertar temprano en la mañana.

Comorbilidad Los intentos repetitivos de reanudar el sueño y el desarrollo de cogniciones desadaptativas y conductas relacionadas con el sueño pueden resultar en el desarrollo de un trastorno de insomnio comórbido que requiere atención clínica.

Tipo de sueño-vigilia irregular

Características diagnósticas El tipo de sueño-vigilia irregular se caracteriza por una falta de ritmo circadiano de sueño-vigilia discernible. El diagnóstico del tipo de sueño-vigilia irregular se basa principalmente en antecedentes de síntomas de insomnio nocturno (durante el período habitual de sueño) y somnolencia excesiva (siestas) durante el día. No hay un período de sueño importante, y los períodos de sueño y vigilia a lo largo de 24 horas están fragmentados, con el sueño fragmentado en al menos tres períodos durante el día de 24 horas. El período de sueño más largo tiende a ocurrir entre las 2:00 a.m. y las 6:00 a.m. y suele ser <4 horas.

Funciones asociadas

Puede ocurrir una historia de aislamiento o reclusión en asociación con el trastorno y contribuir a los síntomas a través de la falta de estímulos externos para ayudar a mantener un patrón normal.

Las personas o sus cuidadores reportan siestas frecuentes durante el día. El tipo de sueño-vigilia irregular se asocia más comúnmente con trastornos neurodegenerativos, como el trastorno neurocognitivo mayor y muchos trastornos del desarrollo neurológico en niños.

Machine Translated by Google

Predominio

Se desconoce la prevalencia del tipo de sueño-vigilia irregular en la población general.

Desarrollo y curso

El curso del tipo sueño-vigilia irregular es persistente. La edad de inicio es variable, pero el trastorno es más común en adultos mayores.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La menor exposición a la luz ambiental y la actividad diurna estructurada pueden asociarse con un ritmo circadiano de baja amplitud. Las personas hospitalizadas son especialmente propensas a estímulos externos débiles, e incluso fuera del entorno hospitalario, las personas con trastornos neurocognitivos importantes están expuestas a una luz significativamente menos brillante.

Genético y fisiológico. Los trastornos neurodegenerativos, como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Huntington, y los trastornos del desarrollo neurológico en los niños aumentan el riesgo de tener un tipo de sueño-vigilia irregular.

Marcadores de diagnóstico

Una historia detallada del sueño y un diario del sueño (realizado por un cuidador) o una actigrafía ayudan a confirmar el patrón irregular de sueño-vigilia.

Consecuencias funcionales del tipo de sueño-vigilia irregular

La falta de un período importante de sueño y vigilia claramente discernible en el tipo de sueño-vigilia irregular produce insomnio o somnolencia excesiva en momentos irregulares del día. A menudo también se produce una interrupción del sueño del cuidador y es una consideración importante.

Diagnóstico diferencial

Variaciones normativas en el sueño. El tipo de sueño-vigilia irregular debe distinguirse de un horario de sueño-vigilia irregular voluntario y de una mala higiene del sueño, que puede provocar insomnio y somnolencia excesiva.

Otras condiciones médicas y trastornos mentales. Se deben considerar otras causas de insomnio y somnolencia diurna, incluidas afecciones médicas comórbidas y trastornos mentales o medicación.

Comorbilidad

El tipo de sueño-vigilia irregular suele ser comórbido con trastornos neurodegenerativos y del neurodesarrollo, como el trastorno neurocognitivo mayor, el trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) y la lesión cerebral traumática. También es comórbido con otras condiciones médicas y trastornos mentales en los que hay aislamiento social y/o falta de actividades ligeras y estructuradas.

Machine Translated by Google

Características diagnósticas

El diagnóstico del tipo de sueño-vigilia que no dura 24 horas se basa principalmente en antecedentes de síntomas de insomnio o somnolencia excesiva relacionados con una sincronización anormal entre el ciclo de luz y oscuridad de 24 horas y el ritmo circadiano endógeno. Los individuos suelen presentar períodos de insomnio, somnolencia excesiva o ambos, que se alternan con períodos breves.

periodos asintomáticos. A partir del período asintomático, cuando la fase de sueño del individuo está alineada con el entorno externo, la latencia del sueño aumentará gradualmente y el individuo se quejará de insomnio al inicio del sueño. A medida que la fase de sueño continúa avanzando de modo que el tiempo de sueño ahora es durante el día, el individuo tendrá problemas para mantenerse despierto durante el día y se quejará de somnolencia. Debido a que el período circadiano no está alineado con el entorno externo de 24 horas, los síntomas dependerán de cuándo un individuo intenta dormir en relación con el ritmo circadiano de la propensión al sueño.

Funciones asociadas

El tipo de sueño-vigilia que no dura 24 horas es más común entre personas ciegas o con discapacidad visual que tienen una percepción reducida de la luz. En las personas videntes, a menudo hay antecedentes de retraso en la fase del sueño y de menor exposición a la luz y a la actividad física y social estructurada.
Las personas videntes con un tipo de sueño-vigilia que no es de 24 horas también demuestran una mayor duración del sueño.

Predominio

La prevalencia del tipo de sueño-vigilia que no dura 24 horas en la población general no está clara, pero el trastorno parece poco común en personas videntes. Se estima que la prevalencia en personas ciegas en los Estados Unidos es del 50%.

Desarrollo y evolución El curso del

sueño-vigilia que no dura 24 horas es persistente, con remisiones intermitentes y exacerbaciones como resultado de cambios en los horarios laborales y sociales a lo largo de la vida. La edad de inicio es variable, dependiendo del inicio de la discapacidad visual. En las personas videntes, debido a la superposición con el tipo de fase de sueño retrasada, el tipo de sueño-vigilia que no dura 24 horas puede desarrollarse en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta. La remisión y recaída de los síntomas en personas ciegas y videntes dependen en gran medida del cumplimiento de los tratamientos diseñados para controlar la estructura del sueño y la vigilia y la exposición a la luz.

La expresión clínica puede variar a lo largo de la vida dependiendo de las obligaciones sociales, escolares y laborales. En adolescentes y adultos, los horarios irregulares de sueño y vigilia y la exposición a la luz o la falta de luz en momentos críticos del día pueden exacerbar los efectos de la pérdida de sueño y alterar el control circadiano. En consecuencia, pueden empeorar los síntomas de insomnio, somnolencia diurna y funcionamiento escolar, ocupacional e interpersonal.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. En personas videntes, menor exposición o sensibilidad a la luz y situaciones sociales y

Machine Translated by Google

Las señales de actividad física pueden contribuir a un ritmo circadiano libre. Dada la alta frecuencia de trastornos mentales que implican aislamiento social y los casos de sueño-vigilia que no duran 24 horas que se desarrollan después de un cambio en los hábitos de sueño (p. ej., trabajo en turnos nocturnos, pérdida de empleo), los factores conductuales en combinación con las tendencias fisiológicas pueden precipitar y perpetuar este trastorno en personas videntes. Los individuos hospitalizados con trastornos neurológicos y psiquiátricos pueden volverse insensibles a las señales sociales, predisponiéndolos al desarrollo de un tipo de sueño-vigilia que no dura 24 horas.

Genético y fisiológico. La ceguera es un factor de riesgo para el tipo de sueño-vigilia que no dura 24 horas. No 24-El tipo de horas de sueño-vigilia se ha asociado con una lesión cerebral traumática.

Marcadores de diagnóstico El

diagnóstico se confirma mediante la anamnesis y el diario del sueño o la actigrafía durante un período prolongado. La medición secuencial de marcadores de fase (p. ej., melatonina) puede ayudar a determinar la fase circadiana tanto en personas videntes como ciegas.

Consecuencias funcionales del tipo sueño-vigilia distinto de las 24 horas Son importantes las quejas de

insomnio (inicio y mantenimiento del sueño), somnolencia excesiva o ambas. La imprevisibilidad de los horarios de sueño y vigilia (generalmente un retraso diario) resulta en dificultades para asistir a la escuela o mantener un trabajo estable y puede aumentar el potencial de aislamiento social.

Diagnóstico diferencial Otros

trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia. En las personas videntes, el tipo de sueño-vigilia que no dura 24 horas debe diferenciarse del tipo de fase de sueño retrasada, ya que las personas con el tipo de fase de sueño retrasada pueden mostrar un retraso progresivo similar en el período de sueño durante varios días.

Trastornos depresivos. Los trastornos depresivos pueden provocar una desregulación circadiana similar y síntomas.

Comorbilidad La

ceguera suele ser comórbida con el tipo de sueño-vigilia que no dura 24 horas, al igual que los trastornos depresivos y bipolares con el aislamiento social.

Tipo de trabajo por turnos

Características de diagnóstico El

diagnóstico se basa principalmente en el historial del individuo que trabaja fuera del horario diurno normal de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (particularmente de noche) en un horario regular (es decir, sin horas extras). Son prominentes los síntomas de somnolencia excesiva en el trabajo y problemas de sueño en casa, de forma persistente. Por lo general, se requiere la presencia de ambos conjuntos de síntomas para diagnosticar un tipo de trabajo por turnos. Normalmente, cuando el individuo vuelve a la rutina de trabajo diurno,

Machine Translated by Google

los síntomas se resuelven.

Predominio

La prevalencia del tipo de trabajo por turnos no está clara, pero se estima que el trastorno afecta entre el 5% y el 10% de la población de trabajadores nocturnos en los Estados Unidos (entre el 16% y el 20% de la fuerza laboral). La prevalencia aumenta a medida que se avanza hacia la mediana edad y más allá.

El tipo de trabajo de desarrollo y turnos de rumbo

puede aparecer en personas de cualquier edad, pero es más frecuente en personas mayores de 50 años y generalmente empeora con el paso del tiempo si el horario de trabajo disruptivo persiste. Aunque los adultos mayores pueden mostrar tasas similares de ajuste de la fase circadiana a un cambio de rutina que los adultos más jóvenes, parecen experimentar significativamente más interrupciones del sueño como consecuencia del cambio de fase circadiana.

Factores de Riesgo y Pronóstico Temperamental.

Los factores predisponentes incluyen una disposición matutina y la necesidad de dormir durante períodos prolongados (es decir, más de 8 horas) para sentirse bien descansado.

Ambiental. Tratar de equilibrar necesidades sociales y domésticas fuertemente contrapuestas (por ejemplo, en padres de niños pequeños) puede conducir al desarrollo del tipo de trabajo por turnos. Las personas que pueden comprometerse con un estilo de vida nocturno, con pocas exigencias diurnas, parecen tener un menor riesgo de trabajar por turnos.

Genético y fisiológico. Debido a que los trabajadores por turnos tienen más probabilidades de ser obesos que los trabajadores diurnos, Puede haber apnea obstructiva del sueño y exacerbar los síntomas.

Marcadores de diagnóstico Una

anamnesis y un diario del sueño o una actigrafía pueden ser útiles en el diagnóstico, como se analizó anteriormente para el tipo de fase de sueño retrasada.

Consecuencias funcionales del tipo de trabajo por turnos Las personas que trabajan por

turnos no sólo pueden desempeñarse mal en el trabajo sino que también parecen estar en riesgo de sufrir accidentes tanto en el trabajo como en el camino a casa. Las personas con antecedentes de trastorno bipolar son particularmente vulnerables a episodios de manía relacionados con el trabajo por turnos como resultado de noches perdidas de sueño. El tipo de trabajo por turnos a menudo resulta en problemas interpersonales.

Diagnóstico Diferencial Variaciones

normativas del sueño con el trabajo por turnos. El diagnóstico del tipo de trabajo por turnos, a diferencia de las dificultades “normales” del trabajo por turnos, depende en cierta medida de la gravedad de los síntomas y/o del nivel de angustia experimentado por el individuo.

Otros trastornos del sueño. La presencia de síntomas del tipo de trabajo por turnos incluso cuando el individuo puede

Machine Translated by Google

Vivir con una rutina diurna durante varias semanas seguidas puede sugerir la presencia de otros trastornos del sueño, como apnea del sueño, insomnio y narcolepsia, que deben descartarse.

Descompensación horaria. Las personas que viajan a través de muchas zonas horarias con mucha frecuencia pueden experimentar efectos similares a los que experimentan las personas con trabajo por turnos que trabajan en turnos rotativos. La distinción debe ser clara, según el historial de viajes.

Comorbilidad El

tipo de trabajo por turnos se ha asociado con un mayor trastorno por consumo de alcohol, otros trastornos por consumo de sustancias y depresión. Se ha descubierto que una variedad de trastornos de la salud física (p. ej., trastornos gastrointestinales, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer) están asociados con la exposición prolongada al trabajo por turnos.

Relación con la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño La Clasificación

Internacional de los Trastornos del Sueño, tercera edición, los trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia son muy similares al DSM-5 pero también incluyen el tipo de desfase horario.

Parasomnias

Las parasomnias son trastornos caracterizados por eventos conductuales, experienciales o fisiológicos anormales que ocurren en asociación con el sueño, etapas específicas del sueño o transiciones sueño-vigilia. Las parasomnias más comunes son los trastornos del despertar del sueño con movimientos oculares no rápidos (NREM) y el trastorno de conducta del sueño con movimientos oculares rápidos (REM). Cada una de estas afecciones tiene una fisiopatología, características clínicas y consideraciones pronósticas y terapéuticas distintas que se analizan en las siguientes secciones específicas de cada trastorno.

Trastornos del despertar del sueño por movimientos oculares no rápidos

Criterios de diagnóstico

A. Episodios recurrentes de despertar incompleto del sueño, que generalmente ocurren durante el primer tercio del episodio principal del sueño, acompañados de cualquiera de los siguientes: 1. Sonambulismo: episodios

repetidos de levantarse de la cama durante el sueño y caminar. Mientras camina sonámbulo, el individuo tiene la cara fija y en blanco; es relativamente indiferente a los esfuerzos de los demás por comunicarse con él o ella; y sólo puede despertarse con gran dificultad.

2. Terrores nocturnos: episodios recurrentes de despertares bruscos de terror durante el sueño,

Machine Translated by Google

generalmente comienza con un grito de pánico. Durante cada episodio hay miedo intenso y signos de excitación autónoma, como midriasis, taquicardia, respiración rápida y sudoración. Hay una relativa falta de respuesta a los esfuerzos de los demás por consolar al individuo durante los episodios.

B. No se recuerdan imágenes oníricas o se recuerdan pocas (p. ej., sólo una escena visual).

C. Hay amnesia de los episodios.

D. Los episodios causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).

F. Los trastornos mentales y las condiciones médicas coexistentes no explican los episodios. de sonambulismo o terrores nocturnos.

Especificar si: F51.3

Tipo de sonambulismo Especificar si: Con alimentación relacionada con el sueño Con conducta sexual relacionada con el sueño (sexsomnia)

F51.4 Tipo terror nocturno

Características diagnósticas La característica esencial de los trastornos del despertar del sueño con movimientos oculares no rápidos (NREM) es la aparición repetida de despertares incompletos, que generalmente comienzan durante el primer tercio del episodio principal de sueño (Criterio A), que generalmente son breves y duran de 1 a 10 minutos. minutos, pero puede ser prolongado y durar hasta 1 hora. Se desconoce la duración máxima de un evento. Los ojos suelen estar abiertos durante estos eventos. Muchos individuos exhiben ambos subtipos de excitación (es decir, tipo sonambulismo y tipo terror nocturno) en diferentes ocasiones, lo que subraya la fisiopatología subyacente unitaria. Los subtipos reflejan diversos grados de ocurrencia simultánea de vigilia y sueño NREM, lo que resulta en comportamientos complejos que surgen del sueño con diversos grados de conciencia, actividad motora y activación autonómica.

La característica esencial del sonambulismo son los episodios repetidos de conducta motora compleja que se inician durante el sueño, incluido levantarse de la cama y caminar (Criterio A1). Los episodios de sonambulismo comienzan durante cualquier etapa del sueño NREM, más comúnmente durante el sueño de ondas lentas y, por lo tanto, ocurren con mayor frecuencia durante el primer tercio de la noche. Durante los episodios, el individuo tiene un estado de alerta y una capacidad de respuesta reducidos, una mirada en blanco y una relativa falta de respuesta a la comunicación con los demás o a los esfuerzos de otros por despertar al individuo. Si se despierta durante el episodio (o al despertar a la mañana siguiente), el

El individuo tiene un recuerdo limitado del episodio. Después del episodio, inicialmente puede haber un breve período de confusión o dificultad para orientarse, seguido de una recuperación total de la función cognitiva y del comportamiento apropiado.

Machine Translated by Google

La característica esencial de los terrores nocturnos es la aparición repetida de despertares precipitados del sueño, que generalmente comienzan con un grito o llanto de pánico (Criterio A2). Los terrores nocturnos suelen comenzar durante el primer tercio del episodio principal de sueño y duran entre 1 y 10 minutos, pero pueden durar considerablemente más, especialmente en niños. Los episodios van acompañados de una impresionante excitación autonómica y manifestaciones conductuales de miedo intenso. Durante un episodio, es difícil despertar o consolar al individuo. Si el individuo se despierta después del terror nocturno, recuerda poco o nada del sueño, o sólo imágenes fragmentarias y únicas. Durante un episodio típico de terrores nocturnos, el individuo se incorpora bruscamente en la cama gritando o llorando, con expresión asustada y signos autonómicos de ansiedad intensa (p. ej., taquicardia, respiración rápida, sudoración, dilatación de las pupilas). El individuo puede estar inconsolable y generalmente no responde a los esfuerzos de los demás por despertarlo o consolarlo. Los terrores nocturnos también se denominan “terrores nocturnos” o “pavor nocturnus”.

Para ambos subtipos de trastornos del despertar del sueño NREM, la determinación del "trastorno" depende de una serie de factores, que pueden variar de forma individual y dependerán de la frecuencia de los eventos, el potencial de violencia o conductas perjudiciales, la vergüenza o la interrupción/ angustia de otros miembros del hogar. La determinación de la gravedad se realiza mejor basándose en la naturaleza o consecuencia de las conductas y no simplemente en la frecuencia.

Funciones asociadas

Los episodios de sonambulismo pueden incluir una amplia variedad de comportamientos. Los episodios pueden comenzar con confusión: el individuo puede simplemente sentarse en la cama, mirar a su alrededor o coger la manta o la sábana. Este comportamiento se vuelve entonces progresivamente complejo. El individuo puede incluso abandonar la cama y entrar en los armarios, salir de la habitación e incluso salir de los edificios. Las personas pueden usar el baño, comer, hablar o tener conductas más complejas. También pueden ocurrir carreras e intentos frenéticos de escapar de alguna amenaza aparente. La mayoría de los comportamientos durante los episodios de sonambulismo son rutinarios y de baja complejidad. Sin embargo, se han reportado casos de desbloquear puertas e incluso operar maquinaria (conducir un automóvil). El sonambulismo también puede incluir comportamientos inapropiados (p. ej., comúnmente, orinar en un armario o en un cesto de basura). La mayoría de los episodios duran entre varios minutos y media hora, pero pueden ser más prolongados. Dado que el sueño es un estado de analgesia relativa, las lesiones dolorosas sufridas durante el sonambulismo pueden no apreciarse hasta que se despierta después del hecho.

Hay dos formas "especializadas" de sonambulismo: conducta alimentaria relacionada con el sueño y conducta sexual relacionada con el sueño (sexsomnia o sexo dormido). Las personas que comen durante el sueño experimentan episodios recurrentes no deseados de comer con diversos grados de amnesia, que van desde la falta de conciencia hasta la conciencia plena sin la capacidad de evitar o dejar de comer. Durante estos episodios, se pueden ingerir alimentos inapropiados o incluso artículos no alimentarios (es decir, envoltorios de dulces, cajas pequeñas de comida o incluso juguetes pequeños). Las personas con trastorno alimentario relacionado con el sueño pueden encontrar evidencia de que están comiendo sólo a la mañana siguiente. En la sexsomnia, se producen diversos grados de actividad sexual (p. ej., masturbación, caricias, manoseos, relaciones sexuales) como conductas complejas que surgen del sueño sin conciencia. Esta condición es más común en hombres y puede resultar en serios problemas de relaciones interpersonales o consecuencias médico-legales.

Durante un episodio típico de terrores nocturnos, a menudo hay una sensación de pavor abrumador, con una compulsión por escapar. Aunque pueden ocurrir imágenes oníricas vívidas y fragmentarias, no se informa de una secuencia onírica parecida a una historia (como en las pesadillas). Lo más común es que el individuo no se despierte.

Machine Translated by Google

completamente, pero vuelve a dormirse y tiene amnesia para el episodio al despertarse a la mañana siguiente. Por lo general, solo ocurrirá un episodio en una noche determinada. Ocasionalmente, pueden ocurrir varios episodios a intervalos a lo largo de la noche. Estos eventos rara vez surgen durante las siestas diurnas.

Predominio

Las conductas de despertar del sueño NREM aisladas o poco frecuentes son muy comunes en la población general de todo el mundo. Del 10% al 30% de los niños han tenido al menos un episodio de sonambulismo, y la tasa de prevalencia transnacional de sonambulismo en niños en 12 meses es aproximadamente del 5%. Se estima que la prevalencia de episodios de sonambulismo (no del trastorno de sonambulismo) es del 12% al 14,5% de los niños en Canadá y del 1,0% al 7,0% entre los adultos en el Reino Unido, con episodios semanales a mensuales que ocurren en sólo el 0,5% al 0,7% de los niños. adultos. Las estimaciones de la prevalencia general del sonambulismo a lo largo de la vida oscilan entre aproximadamente el 6,9% y el 29,2% en todo el mundo, con una prevalencia de sonambulismo en el último año del 1,5% al 3,6% en adultos.

Se desconoce la prevalencia del trastorno de terror nocturno en la población general. La prevalencia de episodios de terror nocturno (a diferencia del trastorno de terror nocturno, en el que hay recurrencia y angustia o deterioro) es aproximadamente del 34,4% al 36,9% a los 18 meses de edad y del 19,7% a los 30 meses de edad en niños pequeños canadienses, y del 2,2% a los 30 meses de edad. % en adultos canadienses y británicos.

Desarrollo y evolución Los trastornos del

despertar del sueño NREM ocurren con mayor frecuencia en la infancia y su frecuencia disminuye con la edad. El sonambulismo y los terrores nocturnos frecuentemente desaparecen después de la infancia y la niñez y se vuelven menos frecuentes en la adolescencia, con tasas de remisión entre 50% y 65%; para personas de 10 a 18 años, se informa una frecuencia del 1,1% para el sonambulismo y del 0,6% para los terrores nocturnos.

La actividad violenta o sexual durante los episodios de sonambulismo es más probable que ocurra en adultos. La aparición del sonambulismo en adultos sin antecedentes de sonambulismo en la niñez debe impulsar la búsqueda de etiologías específicas, como apnea obstructiva del sueño, convulsiones nocturnas o efecto de la medicación.

Los niños mayores y los adultos pueden proporcionar un recuerdo más detallado de las imágenes aterradoras asociadas con los terrores nocturnos que los niños más pequeños, que tienen más probabilidades de tener amnesia completa o informar sólo una vaga sensación de miedo.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El uso de sedantes, la falta de sueño, las alteraciones del horario de sueño y vigilia, la fatiga y el estrés físico o emocional aumentan la probabilidad de sufrir episodios. La fiebre y la falta de sueño pueden producir una mayor frecuencia de trastornos del despertar del sueño NREM.

Genético y fisiológico. Pueden ocurrir antecedentes familiares de sonambulismo o terrores nocturnos en hasta el 80% de las personas que sonambulismo. El riesgo de sonambulismo aumenta aún más (hasta en un 60% de los hijos) cuando ambos padres tienen antecedentes del trastorno. Se ha descrito la agregación familiar de terrores nocturnos y sonambulismo, ya que los antecedentes de sonambulismo de los padres predicen episodios de terrores nocturnos persistentes en sus hijos. Las personas con terrores nocturnos frecuentemente tienen una

Machine Translated by Google

antecedentes familiares positivos de terrores nocturnos o sonambulismo, con un aumento de hasta 10 veces en la prevalencia del trastorno entre parientes biológicos de primer grado. Los terrores nocturnos son mucho más comunes en gemelos monocigóticos que en gemelos dicigóticos. Se desconoce el modo exacto de herencia.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Comer durante los episodios de sonambulismo se observa con mayor frecuencia en las mujeres. El sonambulismo ocurre con mayor frecuencia en las niñas durante la infancia, pero con mayor frecuencia en los hombres durante la edad adulta.

Entre los niños, los terrores nocturnos son más comunes en los niños que en las niñas. Entre los adultos, son igualmente comunes en hombres y mujeres.

Marcadores de diagnóstico

Los trastornos del despertar del sueño NREM surgen de cualquier etapa del sueño NREM, pero más comúnmente del sueño NREM profundo (sueño de ondas lentas). Es más probable que aparezcan en el primer tercio de la noche y no suelen ocurrir durante las siestas diurnas. Durante el episodio, el polisomnograma puede quedar oscurecido por artefactos de movimiento. En ausencia de dicho artefacto, el electroencefalograma (EEG) puede mostrar una variedad de patrones, incluida la continuación de la actividad delta rítmica hasta el despertar, lo que indica una excitación parcial o incompleta; o alternativamente, se puede observar actividad EEG theta, alfa o de frecuencia mixta durante el episodio, siendo frecuentes los despertares EEG mixtos de frecuencia lenta/mixta durante el sueño de ondas lentas más comunes en individuos con trastornos del despertar del sueño NREM que en sujetos de control. A diferencia de una crisis epiléptica, las parasomnias del sueño NREM no muestran características de la evolución espaciotemporal de los ritmos EEG durante el episodio.

La polisomnografía junto con la monitorización audiovisual se puede utilizar para documentar episodios de sonambulismo. A falta de capturar realmente un evento durante un registro polisomnográfico, no existen características polisomnográficas confiables que puedan servir como marcador del sonambulismo. La falta de sueño puede aumentar la probabilidad de capturar un evento. Como grupo, los individuos que caminan sonámbulos muestran inestabilidad del sueño NREM profundo, pero la superposición de los hallazgos con las personas que no caminan sonámbulos es lo suficientemente grande como para impedir el uso de este indicador para establecer un diagnóstico. A diferencia de los despertares del sueño REM asociados con pesadillas, en los que hay un aumento de la frecuencia cardíaca y la respiración antes del despertar, los despertares del sueño NREM de los terrores nocturnos comienzan precipitadamente a partir del sueño, sin cambios autonómicos anticipados. Los despertares están asociados con una actividad autónoma impresionante, con la duplicación o triplicación de la frecuencia cardíaca. La fisiopatología no se comprende bien, pero parece haber inestabilidad en las etapas más profundas del sueño NREM. Aparte de capturar un evento durante un estudio formal del sueño, no existen indicadores polisomnográficos confiables de la tendencia a experimentar terrores nocturnos.

Consecuencias funcionales del despertar del sueño con movimientos oculares no rápidos Trastornos

Para realizar el diagnóstico de un trastorno del despertar del sueño NREM, el individuo o los miembros del hogar deben experimentar angustia o deterioro clínicamente significativo, aunque dichos síntomas pueden ocurrir ocasionalmente en poblaciones no clínicas y estarían por debajo del umbral para el diagnóstico.

Machine Translated by Google

La vergüenza por los episodios puede perjudicar las relaciones sociales. Esto puede provocar aislamiento social o dificultades laborales. Con poca frecuencia, los trastornos del despertar del sueño NREM pueden provocar lesiones graves al individuo o a alguien que intenta consolarlo. Las lesiones a otros se limitan a quienes están muy cerca; los individuos no son “buscados”. Para las personas con conductas alimentarias relacionadas con el sueño, preparar o comer alimentos sin saberlo durante el período de sueño puede crear problemas como un control deficiente de la diabetes, aumento de peso, lesiones (cortes y quemaduras) o consecuencias de comer alimentos no comestibles peligrosos o tóxicos. Los trastornos del despertar del sueño NREM rara vez pueden resultar en comportamientos violentos o dañinos con implicaciones forenses.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de pesadilla. A diferencia de las personas con trastornos del despertar del sueño NREM, las personas con trastorno de pesadillas generalmente se despiertan fácil y completamente, informan sueños vívidos que parecen historias que acompañan a los episodios y tienden a tener episodios más tarde en la noche. Los trastornos del despertar del sueño NREM ocurren durante el sueño NREM, mientras que las pesadillas generalmente ocurren durante el sueño REM. Los padres de niños con trastornos del despertar del sueño NREM pueden malinterpretar los informes de imágenes fragmentarias como pesadillas.

Trastornos del sueño relacionados con la respiración. Los trastornos respiratorios durante el sueño también pueden producir despertares confusionales con amnesia posterior. Sin embargo, los trastornos del sueño relacionados con la respiración también se caracterizan por síntomas de ronquidos, pausas respiratorias y somnolencia diurna. En algunas personas, un trastorno del sueño relacionado con la respiración puede precipitar episodios de sonambulismo.

Trastorno de conducta del sueño REM. El trastorno de conducta del sueño REM puede ser difícil de distinguir de los trastornos del despertar del sueño NREM. El trastorno de conducta del sueño REM se caracteriza por episodios de movimientos prominentes y complejos, que a menudo implican lesiones personales derivadas del sueño. A diferencia de los trastornos del despertar del sueño NREM, el trastorno de conducta del sueño REM ocurre durante el sueño REM. Las personas con trastorno de conducta del sueño REM pueden despertarse fácilmente durante un episodio y reportar contenidos de sueños más detallados y vívidos que las personas con trastornos del despertar del sueño NREM. Estos individuos y/o sus compañeros de cama a menudo informan que "representan sueños".

Síndrome de superposición de parasomnias. El síndrome de superposición de parasomnia consiste en características clínicas y polisomnográficas tanto del sonambulismo como del trastorno de conducta del sueño REM.

Convulsiones relacionadas con el sueño. Algunos tipos de convulsiones pueden producir episodios de conductas muy inusuales que ocurren predominante o exclusivamente durante el sueño. Las convulsiones nocturnas pueden imitar estrechamente los trastornos del despertar del sueño NREM, pero tienden a ser de naturaleza más estereotipada, ocurren varias veces por noche y es más probable que ocurran durante las siestas diurnas. Además, las convulsiones pueden surgir debido a la vigilia, lo que no ocurre con los trastornos del despertar del sueño NREM. La presencia de convulsiones relacionadas con el sueño no excluye la presencia de trastornos del despertar del sueño NREM. Cuando son recurrentes, las convulsiones relacionadas con el sueño se consideran una forma de epilepsia.

Desmayos inducidos por el alcohol. Los desmayos inducidos por el alcohol pueden estar asociados con conductas extremadamente complejas en ausencia de otros indicios de intoxicación. No implican la pérdida del conocimiento, sino que reflejan una alteración aislada de la memoria de los acontecimientos ocurridos durante un episodio de bebida. Por historia, estos comportamientos pueden ser indistinguibles de los observados en el sueño NREM

Machine Translated by Google

trastornos de la excitación.

Amnesia disociativa, con fuga disociativa. La fuga disociativa puede ser extremadamente difícil de distinguir del sonambulismo. A diferencia de todas las demás parasomnias, la fuga disociativa nocturna surge de un período de vigilia durante el sueño, en lugar de precipitarse desde el sueño sin que intervenga la vigilia. Generalmente hay antecedentes de abuso físico o sexual infantil recurrente (pero puede ser difícil de obtener).

Fingir u otro comportamiento voluntario. Al igual que con la fuga disociativa, la simulación u otro comportamiento voluntario ocurre durante la vigilia.

Trastorno de pánico. Los ataques de pánico también pueden causar despertares abruptos del sueño NREM profundo acompañados de miedo, pero estos episodios producen un despertar rápido y completo sin la confusión, la amnesia o la actividad motora típica de los trastornos del despertar del sueño NREM.

Comportamientos complejos inducidos por medicamentos. Comportamientos similares a los de los trastornos del despertar del sueño NREM pueden ser inducidos por el uso o la abstinencia de sustancias o medicamentos (p. ej., benzodiazepinas, sedantes-hipnóticos no benzodiazepínicos, opiáceos, cocaína, nicotina, antipsicóticos u otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina, antidepresivos tricíclicos , hidrato de cloral). Estos comportamientos pueden surgir durante el período de sueño y pueden ser extremadamente complejos. La fisiopatología subyacente parece ser una amnesia relativamente aislada. En tales casos, se debe diagnosticar un trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos, tipo parasomnia (consulte “Trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos” más adelante en este capítulo).

Síndrome de alimentación nocturna. A diferencia de la forma de sonambulismo relacionada con la alimentación durante el sueño, que se caracteriza por episodios recurrentes de alimentación durante despertares incompletos del sueño, el síndrome de alimentación nocturna se considera una anomalía en el ritmo circadiano de las comidas, con un horario circadiano normal del sueño. Comienzo en el que el individuo se despierta en medio de la noche y come en exceso.

Comorbilidad

Normalmente, el sonambulismo tanto en niños como en adultos no se asocia con trastornos mentales importantes. Sin embargo, en los adultos existe una asociación entre el sonambulismo y los episodios depresivos mayores y el trastorno obsesivo-compulsivo. Los niños o adultos con terrores nocturnos pueden tener puntuaciones elevadas de depresión y ansiedad en los inventarios de personalidad.

Relación con la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño

La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, tercera edición, incluye “despertares confusionales, terrores nocturnos y sonambulismo” como trastornos del despertar del sueño NREM.

Trastorno de pesadilla

Criterios de diagnóstico F51.5

Machine Translated by Google

A. Apariciones repetidas de sueños prolongados, extremadamente disfóricos y bien recordados que generalmente implican esfuerzos para evitar amenazas a la supervivencia, la seguridad o la integridad física y que generalmente ocurren durante la segunda mitad del episodio de sueño mayor.

B. Al despertar de los sueños disfóricos, el individuo rápidamente se orienta y se vuelve alerta.

C. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los síntomas de las pesadillas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).

E. Los trastornos mentales y las condiciones médicas coexistentes no explican adecuadamente la queja predominante de sueños disfóricos.

Especificar

si: Durante el inicio del sueño

Especificar si: Con trastorno mental, incluidos trastornos por uso de sustancias
Con condición médica

Con otro trastorno del sueño Nota de codificación: El código F51.5 se aplica a los tres especificadores. Codifique también el trastorno mental, la afección médica u otro trastorno del sueño asociado relevante inmediatamente después del código de trastorno de pesadillas para indicar la asociación.

Especificar

si: Aguda: La duración del período de pesadillas es de 1 mes o menos.

Subaguda: la duración del período de pesadillas es superior a 1 mes pero inferior a 6 meses.

Persistente: la duración del período de pesadillas es de 6 meses o más.

Especifique la gravedad actual:

La gravedad se puede clasificar según la frecuencia con la que ocurren las pesadillas: Leve: menos de un episodio por semana en promedio.

Moderado: uno o más episodios por semana pero menos que cada noche.

Grave: episodios todas las noches.

Procedimientos de registro Los especificadores “con trastorno mental, incluidos trastornos por uso de sustancias”; “con condición médica”; y “con otro trastorno del sueño” están disponibles para permitir al médico observar comorbilidades clínicamente relevantes. En tales casos, registre F51.5 trastorno de pesadillas con [nombre de

Machine Translated by Google

condición(es) o trastorno(s) comórbido(s)] seguido del código(s) de diagnóstico para las condiciones o trastornos comórbidos (p. ej., F51.5 trastorno de pesadillas con trastorno moderado por consumo de alcohol y trastorno de conducta durante el sueño con movimientos oculares rápidos; F10.20 trastorno(s) moderado(s) trastorno por consumo de alcohol; G47.52 trastorno de conducta del sueño REM).

Características diagnósticas Las

pesadillas suelen ser secuencias largas, elaboradas y parecidas a historias de imágenes oníricas que parecen reales y que incitan ansiedad, miedo u otras emociones disfóricas. El contenido de pesadillas normalmente se centra en intentos de evitar o afrontar un peligro inminente, pero puede incluir temas que evoquen otras emociones negativas. Las pesadillas que ocurren después de experiencias traumáticas pueden replicar la situación amenazante ("pesadillas replicativas"), pero la mayoría no lo hace. Al despertar, las pesadillas se recuerdan bien y se pueden describir en detalle. Surgen casi exclusivamente durante el sueño REM y, por lo tanto, pueden ocurrir durante todo el sueño, pero son más probables en la segunda mitad del episodio principal del sueño, cuando el sueño es más largo e intenso. Los factores que aumentan la intensidad del sueño REM temprano en la noche, como la fragmentación o privación del sueño, el desfase horario y los medicamentos que afectan el sueño REM, podrían facilitar las pesadillas más temprano en la noche, incluso al inicio del sueño.

Las pesadillas suelen terminar con un despertar y un rápido regreso al estado de alerta total. Sin embargo, las emociones disfóricas pueden persistir durante la vigilia y contribuir a la dificultad para volver a conciliar el sueño y a una angustia diurna duradera. Algunas pesadillas, conocidas como "malos sueños", pueden no inducir al despertar y sólo se recuerdan más tarde. Si las pesadillas ocurren durante los períodos REM (hipnagógicos) de inicio del sueño, la emoción disfórica suele ir acompañada de un despertar y de una incapacidad para moverse voluntariamente (parálisis del sueño), que también puede ocurrir de forma aislada sin un sueño o pesadilla anterior.

Funciones asociadas

Las pesadillas pueden caracterizarse por una excitación autónoma leve, que incluye sudoración, taquicardia y taquipnea. Los movimientos corporales y las vocalizaciones no son característicos debido a la pérdida del tono del músculo esquelético relacionada con el sueño REM. Cuando se habla o se expresan emociones en el trastorno de pesadillas, las conductas vocales o motoras suelen ser eventos breves que ponen fin a la pesadilla. A diferencia de dicha actividad motora o vocal, la verdadera conducta de representación de sueños puede ocurrir cuando hay una pérdida de la atonía REM normal (trastorno de conducta del sueño REM).

Predominio

La prevalencia de pesadillas durante la infancia es aproximadamente del 1% al 5%. Del 1,3% al 3,9% de los padres informan que sus hijos en edad preescolar tienen pesadillas "a menudo" o "siempre". La prevalencia aumenta al 5,2% en niños de 5 a 15 años. Los antecedentes familiares de pesadillas, síntomas de parasomnia y las consecuencias diurnas de arrebatos de ira/alteraciones del estado de ánimo y bajo rendimiento académico se asocian con pesadillas frecuentes durante la niñez y la adolescencia, observándose insomnio comórbido en aproximadamente el 20% de los niños con pesadillas frecuentes. Entre los adultos, la prevalencia de pesadillas al menos una vez al mes es del 6%. Entre los adultos de varios países, la prevalencia de pesadillas semanales es del 2% al 6%, mientras que la prevalencia de pesadillas frecuentes es del 1% al 5%. Las estimaciones suelen combinar indiscriminadamente pesadillas idiopáticas y postraumáticas.

Machine Translated by Google

Desarrollo y curso

Las pesadillas a menudo comienzan entre los 3 y 6 años de edad, pero alcanzan su máxima prevalencia y gravedad al final de la adolescencia o principios de la edad adulta. Las pesadillas suelen aparecer en los niños

expuestos a factores estresantes psicosociales agudos o crónicos y, por lo tanto, es posible que no se resuelvan espontáneamente. En una minoría, las pesadillas frecuentes persisten hasta la edad adulta y se convierten prácticamente en un trastorno que dura toda la vida. Aunque el contenido específico de las pesadillas puede reflejar la edad del individuo, las características esenciales del trastorno son las mismas en todos los grupos de edad.

Factores de riesgo y pronóstico

En dos estudios realizados en Hong Kong y Finlandia se ha demostrado que las pesadillas frecuentes en adultos de mediana edad de la población general de la comunidad están asociadas con bajos ingresos, alteraciones del estado de ánimo, insomnio o trastornos respiratorios durante el sueño, y el uso de antidepresivos o frecuentes consumo excesivo de alcohol.

Ambiental. La privación o fragmentación del sueño y los horarios irregulares de sueño y vigilia que alteran el momento, la intensidad o la cantidad del sueño REM pueden poner a las personas en riesgo de sufrir pesadillas.
Las personas que experimentan pesadillas informan sobre eventos adversos pasados más frecuentes, pero no necesariamente sobre traumas.

Genético y fisiológico. Los estudios con gemelos han identificado efectos genéticos sobre la disposición a tener pesadillas y su coexistencia con otras conductas nocturnas (p. ej., hablar dormido).

Modificadores de curso. Comportamientos adaptativos de los padres junto a la cama, como calmar al niño después de pesadillas, puede proteger contra el desarrollo de pesadillas crónicas.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

La importancia atribuida a las pesadillas puede variar según la cultura, y la sensibilidad a tales creencias puede facilitar su revelación. En varios contextos culturales, las pesadillas pueden considerarse indicadores importantes del estado espiritual del individuo o de la condición de quienes han muerto (por ejemplo, entre los supervivientes de la guerra civil de Indonesia, los veteranos indios americanos y los refugiados camboyanos). Las pesadillas frecuentes entre los refugiados camboyanos están fuertemente asociadas con la presencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT); Es necesaria una evaluación de la secuencia temporal y la gravedad de las pesadillas en relación con otros síntomas para determinar si se justifica un diagnóstico por separado de trastorno de pesadillas. Entre los inmigrantes hmong en Estados Unidos, las pesadillas frecuentes son más comunes que entre los blancos no latinos de la misma región y están asociadas con experiencias traumáticas y otros trastornos del sueño, como parálisis del sueño y sueño inquieto.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Las mujeres adultas afirman tener pesadillas con más frecuencia que los hombres adultos, pero esta diferencia de género no se encontró en los niños ni en los ancianos. El contenido de las pesadillas difiere según el género: las mujeres tienden a informar sobre temas de acoso sexual o de seres queridos que desaparecen o mueren, y los hombres tienden a informar sobre temas de agresión física o guerra o terror.

Machine Translated by Google

Marcadores diagnósticos Los estudios polisomnográficos demuestran despertares abruptos del sueño REM, generalmente durante la segunda mitad de la noche, antes de que se informe de una pesadilla. Las tasas de movimientos cardíacos, respiratorios y oculares pueden acelerarse o aumentar en variabilidad antes de despertar. Las pesadillas que siguen a eventos traumáticos también pueden surgir durante el sueño ligero no REM (NREM), particularmente el sueño de etapa 2 (ahora llamado sueño N2). El sueño típico de las personas con pesadillas está levemente alterado (p. ej., eficiencia reducida, menos sueño de ondas lentas, más despertares), con movimientos periódicos más frecuentes de las piernas durante el sueño y una relativa activación del sistema nervioso simpático después de la privación del sueño REM.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Las personas con pesadillas frecuentes tienen un riesgo sustancialmente mayor de tener pensamientos o comportamientos suicidas, incluso cuando se tienen en cuenta el género y la enfermedad mental.

Consecuencias funcionales del trastorno de pesadillas Las pesadillas causan un malestar subjetivo más significativo que un deterioro social u ocupacional demostrable. Sin embargo, si los despertares son frecuentes o provocan que se evite dormir, las personas pueden experimentar somnolencia diurna excesiva, falta de concentración, depresión, ansiedad o irritabilidad.
Las pesadillas infantiles frecuentes (p. ej., varias por semana) pueden causar una angustia significativa a padres e hijos.

Diagnóstico diferencial Trastorno de terror del sueño. Tanto el trastorno de pesadillas como el trastorno de terror nocturno incluyen despertares o despertares parciales con miedo y activación autonómica, pero los dos trastornos se pueden diferenciar fácilmente. Las pesadillas suelen ocurrir más tarde en la noche, durante el sueño REM, y producen sueños vívidos, parecidos a historias y que se recuerdan claramente; excitación autonómica leve; y despertares completos. Los terrores nocturnos suelen surgir en el primer tercio de la noche durante el sueño NREM profundo (especialmente durante la etapa 3 del sueño, ahora llamado sueño N3) y no producen ningún recuerdo de los sueños o imágenes sin una cualidad elaborada similar a una historia. Se cree que los terrores nocturnos son causados por despertares parciales mezclados con sueño persistente, con manifestaciones clínicas de confusión, desorientación y capacidad de respuesta sólo parcial y, a menudo, con una activación autonómica sustancial.
Generalmente hay amnesia para el evento de la mañana.

Trastorno de conducta del sueño REM. La presencia de una actividad vocal y motora compleja durante los sueños aterradores debería impulsar una evaluación adicional del trastorno de conducta del sueño REM, que ocurre más típicamente entre hombres de mediana edad y mayores, pero que también puede afectar a las mujeres. Aunque las pesadillas son típicamente características del trastorno de conducta del sueño REM, a diferencia del trastorno de pesadillas, el trastorno de conducta del sueño REM se asocia con la representación de sueños que pueden causar lesiones nocturnas. Si las pesadillas preceden al trastorno de conducta del sueño REM y requieren atención clínica independiente, se puede realizar un diagnóstico adicional de trastorno de pesadillas.

Duelo. Los sueños disfóricos pueden ocurrir durante el duelo, pero típicamente involucran pérdida y tristeza y son seguidos por la autorreflexión y la percepción, en lugar de angustia, al despertar.

Machine Translated by Google

PTSD o trastorno de estrés agudo. Las pesadillas en las que el contenido o el afecto del sueño están relacionados con un evento traumático pueden ser un componente del trastorno de estrés postraumático o trastorno de estrés agudo. Puede estar justificado un diagnóstico adicional de trastorno de pesadillas si la gravedad o frecuencia de las pesadillas requiere atención clínica independiente.

Narcolepsia. la Las pesadillas son una queja frecuente en la narcolepsia, pero la presencia de exceso somnolencia, con o sin cataplexia, diferencia esta afección del trastorno de pesadillas.

Convulsiones relacionadas con el sueño. Las convulsiones nocturnas suelen implicar una actividad motora estereotipada. Las pesadillas asociadas, si se recuerdan, a menudo también son de naturaleza estereotipada repetitivamente o reflejan características epileptogénicas como el contenido de auras diurnas, fosfenos (sensaciones visuales en ausencia de entrada de luz) o imágenes ictales.

Trastornos del sueño relacionados con la respiración. Los trastornos del sueño relacionados con la respiración pueden provocar despertares con excitación autónoma, pero no suelen ir acompañados de recuerdos de pesadillas.

Trastorno de pánico. Los ataques de pánico que surgen durante el sueño pueden producir despertares abruptos con excitación autonómica y miedo, pero las pesadillas generalmente no se reportan y los síntomas son similares a los ataques de pánico que surgen durante la vigilia.

Trastornos disociativos relacionados con el sueño. Los individuos pueden recordar un trauma físico o emocional real como un "sueño" durante los despertares documentados por electroencefalografía.

Uso de sustancias o medicamentos. Numerosas sustancias/medicamentos pueden precipitar pesadillas, incluidos los fármacos dopaminérgicos; antagonistas β-adrenérgicos y otros antihipertensivos; sustancias tipo anfetamina, cocaína y otros estimulantes; antidepresivos; ayudas para dejar de fumar; y melatonina. Retiro de medicamentos supresores del sueño REM

(p. ej., antidepresivos) y el alcohol pueden producir un rebote del sueño REM acompañado de pesadillas.
Si las pesadillas son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica independiente, se debe considerar un diagnóstico de trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos.

Comorbilidad

Las pesadillas pueden ser comórbidas con varias afecciones médicas, incluidas la enfermedad coronaria, el cáncer, el parkinsonismo y el dolor, y pueden acompañar a tratamientos médicos, como la hemodiálisis o la abstinencia de medicamentos o sustancias de abuso. Las pesadillas frecuentemente coexisten con otros trastornos mentales, incluido el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de estrés agudo, el trastorno de insomnio, el trastorno de conducta del sueño REM y los trastornos psicóticos, del estado de ánimo, de ansiedad, de adaptación y de personalidad, así como con el duelo durante el duelo. Un diagnóstico concurrente de trastorno de pesadillas sólo debe considerarse cuando se justifica atención clínica independiente. Estas afecciones deben enumerarse con el especificador de categoría de comorbilidad apropiado (p. ej., “con trastorno de conducta del sueño REM”); consulte también “Procedimientos de grabación”.

Relación con la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño

La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, tercera edición, presenta criterios de diagnóstico similares para el trastorno de pesadillas.

Machine Translated by Google

Criterios de diagnóstico G47.52

A. Episodios repetidos de excitación durante el sueño asociados con vocalización y/o conductas motoras complejas.

B. Estos comportamientos surgen durante el sueño con movimientos oculares rápidos (REM) y, por lo tanto, generalmente ocurren más de 90 minutos después del inicio del sueño, son más frecuentes durante las últimas partes del período de sueño y, con poca frecuencia, ocurren durante las siestas diurnas.

C. Al despertar de estos episodios, el individuo está completamente despierto, alerta y no confundido ni desorientado.

D. Cualquiera de los siguientes:

1. Sueño REM sin atonía en el registro polisomnográfico.
2. Antecedentes que sugieran un trastorno de conducta del sueño REM y un diagnóstico de sinucleinopatía establecido (p. ej., enfermedad de Parkinson, atrofia multisistémica).

E. Los comportamientos causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (que pueden incluir lesiones a uno mismo o a la pareja de cama).

F. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica.

G. Los trastornos mentales y las condiciones médicas coexistentes no explican los episodios.

Características diagnósticas La característica esencial del trastorno de conducta del sueño con movimientos oculares rápidos (REM) son los episodios repetidos de vocalizaciones y/o conductas motoras complejas que surgen del sueño REM (Criterio A). Estos comportamientos a menudo reflejan respuestas motoras al contenido de sueños violentos o llenos de acción de ser atacado o intentar escapar de una situación amenazante, lo que puede denominarse comportamientos de representación de sueños. Las vocalizaciones suelen ser fuertes, llenas de emoción y profanas. Estos comportamientos pueden ser muy molestos para el individuo y el compañero de cama y

puede provocar lesiones importantes (p. ej., caerse, saltar o salir volando de la cama; correr, dar puñetazos, empujones, golpes o patadas). Sin embargo, las personas con trastorno de conducta del sueño REM también pueden presentar conductas vocales o motoras relativamente sutiles durante el sueño REM, que generalmente no son el síntoma principal del sueño, pero se manifiestan durante la anamnesis o la polisomnografía en las visitas clínicas del sueño, neurológicas y psiquiátricas. Al despertar, el individuo suele estar inmediatamente despierto, alerta y orientado (Criterio C) y a menudo es capaz de recordar la mentalidad del sueño, que se correlaciona estrechamente con la conducta observada. Los ojos típicamente

Machine Translated by Google

permanecerá cerrado durante estos eventos. La presencia de sueño REM sin atonía durante una polisomnografía suele ser necesaria para el diagnóstico de trastorno de conducta del sueño REM.
Alternativamente, si no se ha realizado una polisomnografía, se puede dar un diagnóstico provisional de probable trastorno de conducta del sueño REM si hay un diagnóstico de sinucleinopatía establecido (p. ej., enfermedad de Parkinson, atrofia multisistémica) y la historia sugiere un trastorno de conducta del sueño REM (Criterio D). El diagnóstico de trastorno de conducta del sueño REM requiere angustia o deterioro clínicamente significativo (Criterio E); esta determinación dependerá de una serie de factores, incluida la frecuencia de los eventos, el potencial de violencia o conductas perjudiciales, la vergüenza y la angustia de otros miembros del hogar.

La determinación de la gravedad se realiza mejor basándose en la naturaleza o consecuencia del comportamiento y no simplemente en la frecuencia. Aunque los comportamientos suelen ser prominentes y violentos, también pueden ocurrir comportamientos menores.

Predominio

La prevalencia del trastorno de conducta del sueño REM fue de aproximadamente el 1 % en una muestra de población general de mediana edad a mayor en Suiza y aproximadamente del 2 % en una muestra de población general de edad avanzada en Corea del Sur. Un estudio de prevalencia encontró una prevalencia igual entre hombres y mujeres en individuos menores de 50 años, mientras que otro estudio informó una prevalencia de poco más del 1% sin diferencias entre hombres y mujeres en una población con una edad media de 59 años. La prevalencia en personas con trastornos psiquiátricos puede ser mayor, posiblemente relacionada con los medicamentos recetados para el trastorno psiquiátrico.

Desarrollo y evolución

La aparición del trastorno de conducta del sueño REM puede ser gradual o rápida. Debido a la muy alta asociación con la aparición posterior de un trastorno neurodegenerativo subyacente, se debe controlar de cerca el estado neurológico de las personas con trastorno de conducta del sueño REM. En personas con trastorno idiopático de la conducta del sueño REM, el riesgo de desarrollar una enfermedad neurodegenerativa definida, más a menudo una sinucleinopatía (es decir, enfermedad de Parkinson, trastorno neurocognitivo grave o leve con cuerpos de Lewy o atrofia multisistémica), es aproximadamente del 75% en 10–10 años. 15 años después del diagnóstico, con un riesgo anualizado de aproximadamente 6% a 7% por año.

Los síntomas en individuos jóvenes, particularmente en mujeres jóvenes, deberían aumentar la posibilidad de narcolepsia; trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, tipo parasomnia; una lesión del tronco del encéfalo; o una encefalopatía autoinmune.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Los individuos chinos diagnosticados con trastorno de conducta del sueño REM por un servicio de neurología en Taiwán tenían características clínicas y de laboratorio similares a las de los individuos blancos no latinos en los Estados Unidos; sin embargo, se diferenciaron en tener una tasa más alta de deambulaciones nocturnas fuera del dormitorio y una tasa más baja de lesiones relacionadas con el sueño, posiblemente como resultado de una detección más temprana por parte de la familia.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Machine Translated by Google

El trastorno de conducta del sueño REM es más común en hombres mayores de 50 años, pero cada vez más este trastorno se identifica en mujeres y en personas más jóvenes. Las mujeres son más jóvenes que los hombres en edad de inicio y edad de diagnóstico.

Marcadores de diagnóstico

Los hallazgos de laboratorio asociados de la polisomnografía indican un aumento de la actividad electromiográfica tónica y/o fásica durante el sueño REM, que normalmente se asocia con atonía muscular.
El aumento de la actividad muscular afecta de forma variable a diferentes grupos de músculos; Se debe considerar una monitorización electromiográfica más extensa con electromiografía del brazo (p. ej., bíceps braquial) porque esta medida es más específica para el diagnóstico de un trastorno de conducta del sueño REM. Se sugiere que la monitorización electromiográfica también incluya los grupos de músculos submentoniano, flexor superficial de los dedos bilateral y tibial anterior bilateral. La monitorización continua por vídeo debe acompañar a la polisomnografía. Otros hallazgos polisomnográficos pueden incluir actividad electromiográfica periódica y aperiódica de las extremidades muy frecuente durante el sueño no REM (NREM). El sueño REM sin atonía está presente en prácticamente todos los casos de trastorno de conducta del sueño REM, pero también puede ser un hallazgo polisomnográfico asintomático. No se sabe si el sueño REM aislado sin atonía es un precursor del trastorno de conducta del sueño REM, aunque un estudio piloto sugirió que el sueño REM aislado sin atonía también puede estar asociado con marcadores neurodegenerativos (es decir, hiposmia, hipotensión ortostática, pérdida de visión de los colores) y que entre el 7% y el 14% de las personas con sueño REM aislado sin atonía desarrollan posteriormente un trastorno clínico de la conducta del sueño REM. También se han publicado umbrales para el sueño REM normativo sin niveles de atonía que pueden servir para distinguir los casos límite y aquellos cuyo estado neurológico debe controlarse más a fondo.

Consecuencias funcionales del comportamiento del sueño con movimientos oculares rápidos Trastorno

Las consecuencias más graves del trastorno de conducta del sueño REM son los riesgos a corto plazo de lesiones para el individuo o la pareja de cama relacionados con ataques de representación de los sueños, y el riesgo a largo plazo de desarrollar una enfermedad neurodegenerativa definida. Según encuestas realizadas a personas y a sus compañeros de cama, aproximadamente el 55 % de las personas con trastorno de conducta del sueño REM pueden sufrir lesiones como consecuencia de sus ataques, y el 12 % de las lesiones son graves (incluidas fracturas de huesos largos o costillas o hematomas subdurales) y requieren atención médica.

Diagnóstico diferencial

Otras parasomnias. Los despertares confusionales, el sonambulismo y los terrores nocturnos pueden confundirse fácilmente con el trastorno de conducta del sueño REM. En general, estos trastornos ocurren en personas menores de 50 años. A diferencia del trastorno de conducta del sueño REM, surgen del sueño NREM y, por lo tanto, tienden a ocurrir en la primera parte del período de sueño. El despertar de un despertar confusional se asocia con confusión, desorientación y recuerdo incompleto de la mentalidad del sueño que acompaña al comportamiento. La monitorización polisomnográfica en los trastornos del despertar generalmente revela atonía normal del sueño REM, a menos que exista una parasomnia comórbida.

Machine Translated by Google

Trastorno del sueño inducido por medicamentos, tipo parasomnia. Muchos medicamentos ampliamente recetados, incluidos los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, pueden provocar evidencia polisomnográfica de sueño REM sin atonía y un trastorno de conducta del sueño REM franco, que se diagnostica como un trastorno del sueño inducido por medicamentos. tipo parasomnia. No se sabe si los medicamentos per se producen sueño REM sin atonía y/o trastorno de conducta del sueño REM, o si desenmascaran una predisposición subyacente.

Sueño REM asintomático sin atonía. Las conductas clínicas de representación de sueños junto con el hallazgo polisomnográfico de sueño REM sin atonía son necesarias para el diagnóstico del trastorno de conducta del sueño REM. El sueño REM sin atonía y sin antecedentes clínicos de conductas de ensueño es simplemente una observación polisomnográfica asintomática con un significado clínico aún desconocido.

Convulsiones nocturnas. Las convulsiones nocturnas pueden imitar el trastorno de conducta del sueño REM, pero las conductas características de las convulsiones nocturnas generalmente están estereotipadas. La monitorización polisomnográfica que emplea un montaje electroencefalográfico completo de las convulsiones puede diferenciar los dos. El sueño REM sin atonía generalmente no está presente en la monitorización polisomnográfica en personas con epilepsia.

Apnea obstructiva del sueño. La apnea obstructiva del sueño puede provocar vocalizaciones y conductas motoras que se parecen mucho al trastorno de conducta del sueño REM, como hablar, gritar, gesticular y golpear, junto con sueños desagradables. Es necesaria la monitorización polisomnográfica para diferenciar entre estos dos trastornos. En el trastorno de conducta del sueño REM, los síntomas de parasomnia ocurren durante períodos de sueño REM sin atonía. En la apnea obstructiva del sueño, los síntomas de parasomnia sólo ocurren durante los despertares al final de los eventos de apnea obstructiva del sueño y se resuelven después de un tratamiento eficaz de la apnea obstructiva del sueño (presión positiva continua en las vías respiratorias). El sueño REM sin atonía no suele observarse en la apnea obstructiva del sueño.

Otro trastorno disociativo especificado (trastorno disociativo psicógeno relacionado con el sueño). A diferencia de prácticamente todas las demás parasomnias, que surgen precipitadamente del sueño NREM o REM, las conductas disociativas psicógenas surgen de un período de vigilia bien definido durante el período de sueño.
A diferencia del trastorno de conducta del sueño REM, esta afección es más frecuente en mujeres jóvenes.

Proceso de enfermedad. Muchos casos de simulación en los que el individuo informa movimientos problemáticos durante el sueño imitan las características clínicas del trastorno de conducta del sueño REM, y es obligatoria la documentación polisomnográfica.

Comorbilidad El

trastorno de conducta del sueño REM está presente simultáneamente en aproximadamente el 30% de los pacientes con narcolepsia. Cuando ocurre en la narcolepsia, los datos demográficos reflejan el rango de edad más joven de la narcolepsia, con igual frecuencia en hombres y mujeres. Según los hallazgos de personas que acuden a clínicas del sueño, la mayoría de las personas (>70%) con un trastorno de conducta del sueño REM inicialmente "idiopático" eventualmente desarrollarán una enfermedad neurodegenerativa, en particular, una de las

Machine Translated by Google

sinucleinopatías (enfermedad de Parkinson, atrofia multisistémica o trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy). El trastorno de conducta del sueño REM a menudo precede a cualquier otro signo de estos trastornos por muchos años (a menudo más de una década).

Relación con la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño El trastorno de conducta del sueño REM es prácticamente idéntico al trastorno de conducta del sueño REM en la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, tercera edición.

Síndrome de piernas inquietas

Criterios de diagnóstico	G25.81

A. Una necesidad de mover las piernas, generalmente acompañada o en respuesta a sensaciones incómodas y desagradables en las piernas, caracterizada por todo lo siguiente: 1. La necesidad de mover

las piernas comienza o empeora durante los períodos de descanso o inactividad.

2. La necesidad de mover las piernas se alivia parcial o totalmente con el movimiento.

3. La necesidad de mover las piernas es peor por la tarde o por la noche que durante el día. día, o ocurre sólo por la tarde o por la noche.

B. Los síntomas del Criterio A ocurren al menos tres veces por semana y tienen persistió durante al menos 3 meses.

C. Los síntomas del Criterio A van acompañados de malestar o deterioro significativo en áreas sociales, ocupacionales, educativas, académicas, conductuales u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los síntomas del Criterio A no son atribuibles a otro trastorno mental o afección médica (p. ej., artritis, edema en las piernas, isquemia periférica, calambres en las piernas) y no se explican mejor por una afección conductual (p. ej., malestar posicional, golpeteo habitual con el pie). .

E. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una droga de abuso. o medicación (p. ej., acatisia).

Características diagnósticas

El síndrome de piernas inquietas (SPI) es un trastorno neurológico sensoriomotor del sueño caracterizado por un deseo de mover las piernas o los brazos, generalmente asociado con sensaciones incómodas que generalmente se describen como hormigueo, hormigueo, ardor o picazón (Criterio A). Movimientos frecuentes

Machine Translated by Google

de las piernas ocurren en un esfuerzo por aliviar las sensaciones incómodas. Aunque los síntomas pueden ocurrir durante el día, comúnmente ocurren al final de la tarde o al anochecer, y en algunas personas, los síntomas ocurren solo al anochecer o por la noche. Los síntomas suelen ser más graves durante la noche, cuando el individuo está en reposo, como sentado o acostado en la cama. El empeoramiento nocturno ocurre independientemente de cualquier diferencia en la actividad. El diagnóstico de SPI se basa principalmente en el autoinforme y la historia individual. Es importante diferenciar el SPI de otras afecciones que causan molestias en las piernas, como molestias posicionales y calambres en las piernas (Criterio D).

Los síntomas del SPI pueden retrasar el inicio del sueño y despertar al individuo y están asociados con una fragmentación significativa del sueño. En casos graves, es posible que el alivio que se obtiene al mover las piernas ya no sea evidente. El SPI se asocia con somnolencia diurna y con frecuencia se acompaña de malestar clínico significativo o deterioro funcional.

Funciones asociadas

Los movimientos periódicos de las piernas durante el sueño (PLMS) pueden servir como evidencia que corrobore el SPI; hasta el 90 % de las personas diagnosticadas con SPI demuestran PLMS cuando se toman registros durante varias noches. Los movimientos periódicos de las piernas durante la vigilia también respaldan el diagnóstico de SPI. Los informes de dificultad para iniciar y mantener el sueño y de somnolencia diurna excesiva corroboran el diagnóstico de SPI. Las características de apoyo adicionales incluyen antecedentes familiares de SPI entre familiares de primer grado y una reducción de los síntomas, al menos inicialmente, con el tratamiento dopaminérgico.

Predominio

Las tasas de prevalencia del SPI varían ampliamente cuando se utilizan criterios amplios. Cuando la frecuencia de los síntomas es al menos tres veces por semana con malestar moderado o severo, la tasa de prevalencia en los Estados Unidos y Europa se ha estimado en 1,6%. El SPI que es lo suficientemente grave como para afectar significativamente el funcionamiento o está asociado con trastornos mentales, incluidas la depresión y la ansiedad, ocurre en aproximadamente entre el 2% y el 3% de la población, según lo evaluado en Europa occidental, Estados Unidos y Corea del Sur. El SPI es aproximadamente dos veces más común en mujeres que en hombres y su prevalencia aumenta con la edad. Los informes sobre el SPI varían según las regiones geográficas, con una prevalencia más baja en varias poblaciones asiáticas (p. ej., Japón, Corea del Sur).

Desarrollo y curso El inicio del SPI ocurre típicamente en la segunda o tercera década. Aproximadamente el 40% de las personas diagnosticadas con SPI durante la edad adulta informan haber experimentado síntomas antes de los 20 años y el 20% informa haber experimentado síntomas antes de los 10 años. Las tasas de prevalencia del SPI aumentan constantemente con la edad hasta aproximadamente los 60 años, y los síntomas permanecen estables o disminuyen ligeramente en los grupos de mayor edad. En comparación con los casos no familiares, el SPI familiar suele tener un inicio más joven y un curso progresivo más lento. El curso clínico del SPI difiere según la edad de inicio. Cuando el inicio ocurre antes de los 45 años, suele haber una progresión lenta de los síntomas. En el SPI de aparición tardía, la progresión rápida es típica y los factores agravantes son comunes.
El fenotipo del SPI parece similar a lo largo de la vida.

El diagnóstico del SPI en niños puede ser difícil debido a la centralidad del autoinforme en

Machine Translated by Google

estableciendo el diagnóstico. Si bien el Criterio A para adultos supone que la descripción de la “necesidad de moverse” la hace el individuo, el diagnóstico pediátrico también requiere una descripción con las propias palabras del niño y no con las de un padre o cuidador. Normalmente, los niños de 6 años o más pueden proporcionar descripciones detalladas y adecuadas del SPI. Sin embargo, los niños rara vez usan o entienden la palabra "impulso", y en cambio informan que sus piernas "tienen que" o "tienen que" moverse. Además, potencialmente relacionado con períodos prolongados de estar sentado durante la clase, dos tercios de los niños y adolescentes con SPI informan sensaciones en las piernas durante el día. Por lo tanto, para el Criterio de diagnóstico A3, es importante comparar la misma duración de estar sentado o acostado durante el día con la de estar sentado o acostado por la tarde o la noche.

El empeoramiento nocturno tiende a persistir incluso en el SPI pediátrico. Al igual que con el SPI en adultos, existe un impacto negativo significativo en el sueño, el estado de ánimo, la cognición y la función. El deterioro en niños y adolescentes se manifiesta con mayor frecuencia en los ámbitos conductuales y educativos.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Genéticos y fisiológicos.

Los factores predisponentes incluyen el sexo femenino, la edad avanzada, las variantes genéticas de riesgo y los antecedentes familiares de SPI. Los factores precipitantes, como la deficiencia de hierro, suelen tener una duración limitada y la mayoría de las personas reanudan sus patrones de sueño normales una vez que el evento desencadenante ha desaparecido. Las variantes de riesgo genético también desempeñan un papel en el SPI secundario a trastornos como la uremia, lo que sugiere que los individuos con susceptibilidad genética desarrollan SPI en presencia de factores de riesgo adicionales.

Los estudios de asociación de todo el genoma han encontrado que el SPI está asociado significativamente con múltiples variantes genéticas en regiones intrónicas o intergénicas. La variante en MEIS1 tiene la asociación más fuerte con el SPI de estos genes, con casi el doble de riesgo de SPI en el 7% de la población con este polimorfismo entre las muestras de ascendencia europea estudiadas.

Los mecanismos fisiopatológicos del SPI también incluyen alteraciones en los sistemas dopaminérgico y opioidérgico central y alteraciones en el metabolismo del hierro. La eficacia del tratamiento con fármacos dopaminérgicos, opioides y hierro proporciona un respaldo adicional de que estos sistemas desempeñan un papel en la fisiopatología del SPI. El SPI puede predisponer a la depresión y el tratamiento eficaz del SPI puede reducir significativamente los síntomas depresivos. Sin embargo, los antidepresivos serotoninérgicos pueden inducir o agravar el SPI en algunas personas.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

Entre las poblaciones adultas latinoamericanas de ascendencia indígena en los Estados Unidos, incluidos los mexicoamericanos con baja aculturación a la sociedad estadounidense, la prevalencia informada de SPI parece ser menor en comparación con los mexicoamericanos con mayor aculturación. Entre los participantes que informaron sobre el SPI en una gran encuesta poblacional, los factores de riesgo asociados con el SPI fueron diferentes en los mexicoamericanos (mayores entre las mujeres y las personas que fuman) en comparación con los blancos no latinos (edad mayor, definida como ≥ 48 años).

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Aunque el SPI es más prevalente en mujeres que en hombres, no existen diferencias diagnósticas según el género. La prevalencia del SPI durante el embarazo es de dos a tres veces mayor

Machine Translated by Google

que en la población general. El SPI asociado con el embarazo alcanza su punto máximo durante el tercer trimestre y mejora o se resuelve en la mayoría de los casos poco después del parto. La diferencia de sexo en la prevalencia del SPI se explica, al menos en parte, por la paridad: las mujeres nulíparas tienen el mismo riesgo de padecer SPI que los hombres de la misma edad.

Marcadores de diagnóstico La

polisomnografía demuestra anomalías significativas en el SPI, incluido un aumento de la latencia del sueño y un mayor índice de excitación. Los movimientos periódicos de las extremidades son el signo motor del SPI y generalmente están presentes en la polisomnografía nocturna, así como durante las pruebas de inmovilización en vigilia y durante el reposo tranquilo, los cuales pueden provocar síntomas del SPI.

Consecuencias funcionales del síndrome de piernas inquietas Aunque el impacto de los

síntomas más leves no está tan bien caracterizado, las personas con SPI se quejan de interrupción en al menos una actividad de la vida diaria, y hasta el 50 % informa un impacto negativo en el estado de ánimo y falta de energía. Una consecuencia común del SPI es la alteración del sueño, incluida la dificultad para conciliar el sueño y la fragmentación del sueño, con la reducción asociada del tiempo total de sueño. El SPI también se asocia con deterioros en la calidad de vida. El SPI puede provocar somnolencia o fatiga diurna y con frecuencia va acompañado de angustia o deterioro significativo en el funcionamiento afectivo, social, ocupacional, educativo, académico, conductual o cognitivo.

Diagnóstico diferencial Las

condiciones más importantes en el diagnóstico diferencial del SPI son calambres en las piernas, malestar posicional, artralgias/artritis, mialgias, isquemia posicional (entumecimiento), edema en las piernas, neuropatía periférica, radiculopatía y golpeteo habitual con el pie. Los calambres musculares, el alivio con un solo cambio postural, la limitación de las articulaciones, el dolor a la palpación (mialgias) y otras anomalías en el examen físico no son característicos del SPI. A diferencia del SPI, los calambres nocturnos en las piernas no suelen manifestarse con el deseo de mover las extremidades ni hay movimientos frecuentes de las mismas. Las afecciones menos comunes que deben diferenciarse del SPI incluyen acatisia inducida por neurolépticos, mielopatía, insuficiencia venosa sintomática, enfermedad arterial periférica, eccema, otros problemas ortopédicos e inquietud inducida por ansiedad. El empeoramiento nocturno y los movimientos periódicos de las extremidades son más comunes en el SPI que en la acatisia o la neuropatía periférica inducida por medicamentos.

Si bien es importante que los síntomas del SPI no se deban únicamente a otra afección médica o conductual, también se debe tener en cuenta que cualquiera de estas afecciones similares puede ocurrir en un individuo con SPI. Esto requiere un enfoque separado en cada posible condición en el proceso de diagnóstico y al evaluar el impacto. En los casos en los que el diagnóstico de SPI no es seguro, puede ser útil la evaluación de las características de apoyo del SPI, en particular PLMS o antecedentes familiares de SPI. Las características clínicas, como la respuesta a un agente dopaminérgico y antecedentes familiares positivos de SPI, pueden ayudar con el diagnóstico diferencial.

Comorbilidad El SPI

se asocia con tasas más altas de depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y trastorno de estrés postraumático. La principal condición médica comórbida con el SPI es

Machine Translated by Google

enfermedad cardiovascular. Puede haber una asociación con muchas otras afecciones médicas, como hipertensión, migraña, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, neuropatía periférica, diabetes mellitus, fibromialgia, osteoporosis, obesidad, enfermedad de la tiroides y cáncer, así como con otros trastornos del sueño, como narcolepsia y trastornos obstructivos. apnea del sueño. El SPI es común en personas con deficiencia de hierro, embarazo e insuficiencia renal crónica y puede mejorar dramáticamente una vez que estas condiciones se resuelven.

Relación con la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño La Clasificación

Internacional de los Trastornos del Sueño, tercera edición, presenta criterios de diagnóstico similares para el SPI pero no contiene un criterio que especifique la frecuencia o duración de los síntomas.

Trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos

Criterios de diagnóstico

A. Una alteración importante y grave del sueño.

B. Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de (1) y (2): 1. Los síntomas del Criterio A se

desarrollaron durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición o la abstinencia de un medicamento. .

2. La sustancia/medicamento involucrado es capaz de producir los síntomas en Criterio A.

C. La alteración no se explica mejor por un trastorno del sueño que no sea inducido por sustancias o medicamentos. Dicha evidencia de un trastorno del sueño independiente podría incluir lo siguiente:

Los síntomas preceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período de tiempo sustancial (p. ej., aproximadamente 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o de la intoxicación grave; o hay otra evidencia que sugiere la existencia de un trastorno del sueño independiente no inducido por sustancias o medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias o medicamentos).

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Este diagnóstico debe realizarse en lugar de un diagnóstico de intoxicación o abstinencia de sustancias sólo cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean lo suficientemente graves como para justificar atención clínica.

Machine Translated by Google

Nota de codificación: La CIE-10-MC codifica la enfermedad inducida por [sustancia/medicamento específico]. Los trastornos del sueño se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno comórbido por uso de sustancias presente durante la misma clase de sustancia. En cualquier caso, un diagnóstico adicional por separado de un No se da el trastorno por uso de sustancias. Si un trastorno leve por uso de sustancias es comórbido En el caso del trastorno del sueño inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es “1” y el El médico debe registrar el “trastorno leve por uso de [sustancias]” antes de la evaluación inducida por sustancias. trastorno del sueño (p. ej., “trastorno leve por consumo de cocaína con sueño inducido por cocaína trastorno"). Si un trastorno por uso de sustancias moderado o grave tiene comorbilidad con el trastorno del sueño inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es “2” y el médico debe registrar “trastorno por uso moderado de [sustancias]” o “trastorno por uso severo de [sustancias] trastorno”, dependiendo de la gravedad del trastorno comórbido por uso de sustancias. Sí hay no hay un trastorno comórbido por uso de sustancias (p. ej., después de un uso intenso por única vez de sustancia), entonces el carácter de la cuarta posición es “9” y el médico debe registrar sólo el trastorno del sueño inducido por sustancias.

Hay dos excepciones a esta convención de codificación que se aplica a la cafeína y Trastornos del sueño inducidos por el tabaco. Porque el trastorno por consumo de cafeína no es una enfermedad oficial categoría DSM-5,

Sólo existe un código ICD-10-CM para el trastorno del sueño inducido por la cafeína: F15.982. Además, como la CIE-10-CM supone que el trastorno del sueño inducido por el tabaco puede sólo ocurren en el contexto de un trastorno por consumo de tabaco moderado o grave, la CIE-10- El código CM para el trastorno del sueño inducido por el tabaco es F17.208.

	CIE-10-CM		
	Con uso suave trastorno	Con moderada o trastorno de consumo severo	Sin uso trastorno
Alcohol	F10.182	F10.282	F10.982
Cafeína	N / A	N / A	F15.982
Canabis	F12.188	F12.288	F12.988
opioide	F11.182	F11.282	F11.982
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.	F13.182	F13.282	F13.982
Sustancia tipo anfetamina (u otra estimulante)	F15.182	F15.282	F15.982
Cocaína	F14.182	F14.282	F14.982
Tabaco	N / A	F17.208	N / A
Otra sustancia (o desconocida)	F19.182	F19.282	F19.982

Especifique si:

Tipo de insomnio: Caracterizado por dificultad para conciliar el sueño o mantener el sueño, despertares nocturnos frecuentes o sueño no reparador.

Tipo de somnolencia diurna: caracterizada por queja predominante de

Machine Translated by Google

somnolencia/fatiga excesiva durante las horas de vigilia o, menos comúnmente, un período de sueño prolongado.

Tipo de parasomnia: Se caracteriza por eventos de comportamiento anormales durante el sueño.

Tipo mixto: caracterizado por un problema de sueño inducido por sustancias/medicamentos caracterizado por múltiples tipos de síntomas del sueño, pero ningún síntoma predomina claramente.

Especificar (consulte la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias”, que indica si “con inicio durante la intoxicación” y/o “con inicio durante la abstinencia” se aplica a una clase de sustancia determinada; o especificar “con inicio después del uso de medicamentos” ”): De inicio durante la

intoxicación: Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas se desarrollan durante o poco después de la abstinencia.

Con inicio después del uso de medicamentos: si los síntomas se desarrollaron al inicio de la medicación, con un cambio en el uso de la medicación o durante la retirada de la medicación.

Procedimientos de registro El

nombre del trastorno del sueño inducido por sustancia/medicamento comienza con la sustancia específica (p. ej., alcohol) que se presume está causando la alteración del sueño. El código ICD-10-CM que corresponde a la clase de medicamento aplicable se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios. Para sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., fluoxetina), se debe utilizar el código CIE-10-CM para la otra clase de sustancia (o la desconocida) y el nombre

de la sustancia específica registrada (p. ej., F19.982 trastorno del sueño inducido por fluoxetina, tipo insomnio). En los casos en los que se considera que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la sustancia específica, se utiliza el código CIE-10-CM para la otra clase de sustancia (o desconocida) y se registra el hecho de que la sustancia es desconocida (p. ej. , F19.982 trastorno del sueño inducido por sustancias desconocidas, tipo hipersomnia).

Para registrar el nombre del trastorno, se enumera primero el trastorno comórbido por uso de sustancias (si lo hay), seguido de “con trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos” (que incorpora el nombre de la sustancia o medicamento etiológico específico), seguido de la especificación. de inicio (es decir, con inicio durante la intoxicación, con inicio durante la abstinencia, con inicio después del uso de medicamentos), seguido de la designación del subtipo (es decir, tipo de insomnio, tipo de somnolencia diurna, tipo de parasomnia, tipo mixto). Por ejemplo, en el caso de insomnio que se produce durante la abstinencia en un hombre con un trastorno grave por consumo de lorazepam, el diagnóstico es F13.282 trastorno grave por consumo de lorazepam con trastorno del sueño inducido por lorazepam, que comienza durante la abstinencia, tipo insomnio. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno comórbido grave por consumo de lorazepam. Si el trastorno del sueño inducido por sustancias ocurre sin un trastorno comórbido por uso de sustancias (p. ej., con el uso de medicamentos cor

Machine Translated by Google

prescrito), no se observa ningún trastorno por uso de sustancias que lo acompañe (p. ej., F19.982 trastorno del sueño inducido por bupropión, que comienza durante el uso de medicamentos, tipo insomnio). Cuando se considera que más de una sustancia desempeña un papel importante en el desarrollo del trastorno del sueño, cada una debe enumerarse por separado (p. ej., F10.282 trastorno grave por consumo de alcohol con trastorno del sueño inducido por el alcohol, que comienza durante una intoxicación, tipo insomnio; F14.282 trastorno grave por consumo de cocaína con trastorno del sueño inducido por cocaína, que comienza durante la intoxicación, tipo insomnio).

Prescriptores

Dependiendo de la sustancia involucrada, está indicado uno de los cuatro tipos de alteraciones del sueño.
El tipo de insomnio y el tipo de somnolencia diurna son los más comunes, mientras que el tipo de parasomnia se observa con menos frecuencia. El tipo mixto se observa cuando está presente más de un tipo de síntoma relacionado con la alteración del sueño y ninguno predomina.

Características diagnósticas La

característica esencial del trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos es una alteración del sueño prominente que es lo suficientemente grave como para justificar atención clínica independiente (Criterio A). La alteración del sueño puede caracterizarse por insomnio, somnolencia diurna, parasomnia o alguna combinación de estos. Se considera que la alteración del sueño está asociada principalmente con los efectos farmacológicos de una sustancia (es decir, una droga de abuso, un medicamento, exposición a una toxina).
(Criterio B). La alteración no debe explicarse mejor por otro trastorno del sueño que no esté inducido por sustancias o medicamentos (Criterio C). Un trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos se distingue del trastorno de insomnio o de un trastorno asociado con somnolencia diurna excesiva considerando su inicio y evolución. Para las drogas de abuso, debe haber evidencia de intoxicación o abstinencia en la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio.
El trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos surge sólo en asociación con intoxicación o estados de interrupción/abstinencia, mientras que otros trastornos del sueño pueden preceder al inicio del consumo de sustancias o ocurrir durante períodos de abstinencia sostenida. Como los estados de interrupción/abstinencia de algunas sustancias pueden ser prolongados, la aparición de la alteración del sueño puede ocurrir 4 semanas después del cese del consumo de sustancias, y la alteración puede tener características atípicas de otros trastornos del sueño (p. ej., edad atípica de inicio o evolución). El diagnóstico no se realiza si la alteración del sueño se produce sólo durante un delirio (Criterio D). Los síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio E). Este diagnóstico debe realizarse en lugar de un diagnóstico de intoxicación o abstinencia de sustancias sólo cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando los síntomas justifiquen atención clínica independiente.

Funciones asociadas

Durante los períodos de uso de sustancias/medicamentos, intoxicación o abstinencia, las personas con frecuencia se quejan de estado de ánimo disfórico, que incluye depresión y ansiedad, irritabilidad, deterioro cognitivo, incapacidad para concentrarse y fatiga.

Pueden producirse alteraciones del sueño importantes y graves en asociación con la intoxicación por las siguientes clases de sustancias: alcohol; cafeína; canabis; opioides; sedantes, hipnóticos o

Machine Translated by Google

ansiolíticos; estimulantes (incluida la cocaína); y otras sustancias (o desconocidas). Pueden producirse alteraciones del sueño importantes y graves en asociación con la abstinencia de las siguientes clases de sustancias: alcohol; cafeína; canabis; opioides; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; estimulantes (incluida la cocaína); tabaco; y otras sustancias (o desconocidas). Los medicamentos que provocan alteraciones del sueño incluyen agonistas y antagonistas adrenérgicos, agonistas y antagonistas de la dopamina, agonistas y antagonistas colinérgicos, agonistas y antagonistas serotoninérgicos, antihistamínicos y corticosteroides.

Alcohol. El trastorno del sueño inducido por el alcohol suele presentarse como tipo de insomnio. Durante la intoxicación aguda con dosis > 1 g/kg, el alcohol produce un efecto sedante inmediato dependiendo de la dosis, acompañado de una reducción de la latencia del sueño, aumento de los movimientos oculares no rápidos (NREM) de las etapas 2 y 3 (N2 y N3) del sueño, y reducción del sueño con movimientos oculares rápidos (REM). Después de estos efectos iniciales, puede haber un aumento de la vigilia, un sueño inquieto y sueños vívidos y cargados de ansiedad durante el resto del período de sueño. Paralelamente, N2 y N3 se reducen y la vigilia y el sueño REM aumentan durante la última parte de la noche. Con el consumo habitual, el alcohol sigue mostrando un efecto sedante de corta duración en la primera mitad de la noche, seguido de una interrupción de la continuidad del sueño en la segunda mitad. Durante la abstinencia aguda de alcohol, hay una continuidad del sueño extremadamente alterada y una mayor cantidad e intensidad del sueño REM, asociado frecuentemente con sueños vívidos, que en forma extrema constituyen parte del delirio por abstinencia de alcohol. Después de una abstinencia aguda, los consumidores crónicos de alcohol pueden seguir quejándose de un sueño ligero y fragmentado durante meses o años, asociado con una prolongación persistente de la latencia del sueño y un déficit del sueño de ondas lentas. El alcohol también agrava los trastornos del sueño relacionados con la respiración, incluida la apnea obstructiva del sueño y la hipoventilación relacionada con el sueño.

Cafeína. La cafeína consumida en dosis bajas a moderadas durante las horas de la mañana generalmente no produce ningún efecto significativo sobre el sueño nocturno en personas que duermen normalmente o en personas con insomnio. La cafeína puede producir insomnio de manera dependiente de la dosis y el momento, particularmente cuando se consumen dosis mayores más tarde en el día o durante las horas de la noche. Se informa prolongación de la latencia del sueño, reducción del sueño de ondas lentas, aumento de los despertares nocturnos y reducción de la duración del sueño. Algunas personas, especialmente los grandes consumidores, pueden presentar somnolencia diurna y alteraciones del rendimiento relacionadas con la abstinencia.

Canabis. La administración aguda de cannabis puede acortar la latencia del sueño, aunque también se producen efectos excitantes con incrementos en la latencia del sueño. El cannabis mejora el sueño de ondas lentas y suprime el sueño REM después de una administración aguda. En los consumidores crónicos se desarrolla tolerancia a los efectos que inducen el sueño y mejoran el sueño de ondas lentas. Tras la abstinencia, se han informado dificultades para dormir y sueños desagradables que duran varias semanas. Los estudios polisomnográficos demuestran una reducción del sueño de ondas lentas y un aumento del sueño REM durante esta fase.

Opioides. Los opioides pueden producir un aumento de la somnolencia y de la profundidad subjetiva del sueño, y una reducción del sueño REM y de ondas lentas, durante el uso agudo a corto plazo. Con la administración continuada se desarrolla tolerancia a los efectos sedantes de los opioides y surgen quejas de insomnio.

Los estudios polisomnográficos demuestran una reducción de la eficiencia del sueño y del tiempo total de sueño, con reducción del sueño de ondas lentas y posiblemente del sueño REM. De acuerdo con sus efectos depresores respiratorios, los opioides exacerban la apnea obstructiva del sueño. También se observa aparición de apnea central del sueño, especialmente con el uso crónico de opioides de acción prolongada.

Machine Translated by Google

Sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas. Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos (p. ej., barbitúricos, agonistas de los receptores de benzodiazepinas, meprobamato, glutetimida, metiprilon) tienen efectos similares a los de los opioides sobre el sueño. Durante la intoxicación aguda, los sedantes-hipnóticos producen el aumento esperado de la somnolencia y la disminución de la vigilia. Puede producirse somnolencia diurna, principalmente con agentes de acción más prolongada. El uso crónico de benzodiazepinas puede estar asociado con el desarrollo de tolerancia, insomnio de rebote y efectos de abstinencia potencialmente graves. Se ha demostrado que los agonistas de los receptores de benzodiazepinas más nuevos, como el zolpidem y la eszopiclona, mantienen la eficacia durante períodos de 6 meses a 2 años, sin evidencia de aumento de la dosis o efectos importantes de abstinencia. Los agentes hipnóticos más nuevos, como ramelteon, doxepina en dosis bajas y suvorexant, no parecen tener un potencial de abuso significativo, depresión respiratoria o síndromes de abstinencia importantes. Los fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con una duración de acción corta tienen más probabilidades de producir síntomas de insomnio de rebote. Algunos fármacos sedantes-hipnóticos pueden aumentar la frecuencia y gravedad de los episodios de apnea obstructiva del sueño, aunque no se ha descubierto que ni las benzodiazepinas ni los agonistas de los receptores de benzodiazepinas empeoren definitivamente la apnea obstructiva del sueño.
La hipoventilación puede empeorar en personas susceptibles. Las parasomnias (sonambulismo y alimentación relacionada con el sueño) se han asociado con el uso de agonistas de los receptores de benzodiazepinas, especialmente cuando estos medicamentos se toman en dosis más altas y cuando se combinan con otros fármacos sedantes.

Sustancias tipo anfetamina, otros estimulantes y MDMA. Los trastornos del sueño inducidos por sustancias de tipo anfetamínico y otros estimulantes se caracterizan por insomnio durante la intoxicación y somnolencia excesiva durante la abstinencia. Durante la intoxicación aguda, los estimulantes reducen la cantidad total de sueño, aumentan la latencia del sueño y las alteraciones de la continuidad del sueño y disminuyen el sueño REM. El sueño de ondas lentas tiende a reducirse. Durante la abstinencia del uso crónico de estimulantes, se produce tanto una duración prolongada del sueño nocturno como una somnolencia diurna excesiva.
Múltiples pruebas de latencia del sueño pueden mostrar un aumento de la somnolencia diurna durante la fase de abstinencia. Drogas como la 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA; “éxtasis”) y sustancias relacionadas provocan un sueño inquieto y perturbado dentro de las 48 horas posteriores a su ingesta; El uso frecuente de estos compuestos se asocia con síntomas persistentes de ansiedad, depresión y alteraciones del sueño, incluso durante la abstinencia prolongada. También hay evidencia que sugiere una mayor frecuencia de apnea obstructiva del sueño en jóvenes consumidores de MDMA, incluso después de un período de abstención de la droga.
Tabaco. El consumo crónico de tabaco se asocia principalmente con síntomas de insomnio, disminución del sueño de ondas lentas con reducción de la eficiencia del sueño y aumento de la somnolencia diurna.
La abstinencia del tabaco puede provocar problemas de sueño. Las personas que fuman mucho pueden experimentar despertares nocturnos regulares causados por el deseo de fumar.
Otras sustancias/medicamentos desconocidos. Otras sustancias/medicamentos pueden producir alteraciones del sueño, particularmente medicamentos que afectan el sistema nervioso central o autónomo (p. ej., agonistas y antagonistas adrenérgicos, agonistas y antagonistas de dopamina, agonistas y antagonistas colinérgicos, agonistas y antagonistas serotoninérgicos, antihistamínicos, corticosteroides).

Desarrollo y evolución El insomnio en los niños puede ser identificado tanto por los padres como por el niño. A menudo, el niño tiene una clara alteración del sueño asociada con el inicio de un medicamento, pero es posible que no informe síntomas, aunque los padres observan las alteraciones del sueño. El uso de algunas sustancias recreativas (p. ej.,

Machine Translated by Google

cannabis, éxtasis) prevalece en la adolescencia y la edad adulta temprana. El insomnio o cualquier otra alteración del sueño que se presente en este grupo de edad debe llevar a una cuidadosa consideración para determinar si la alteración del sueño es atribuible al consumo de estas sustancias. El comportamiento de búsqueda de ayuda para los trastornos del sueño en estos grupos de edad es limitado y

por lo tanto, se puede obtener un informe corroborativo de un padre, cuidador o maestro. Las personas mayores toman más medicamentos y tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos. Pueden interpretar los trastornos del sueño como parte del envejecimiento normal y no informar los síntomas. Las personas con un trastorno neurocognitivo importante (p. ej., demencia) corren riesgo de sufrir trastornos del sueño inducidos por sustancias o medicamentos, pero es posible que no informen síntomas, lo que hace que el informe corroborativo de los cuidadores sea particularmente importante.

Factores de riesgo y pronóstico

Los factores de riesgo y pronóstico implicados en el consumo de sustancias o medicamentos son normativos para determinados grupos de edad. Son relevantes y probablemente aplicables al tipo de trastorno del sueño encontrado (consulte el capítulo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias” para obtener descripciones de los respectivos trastornos por uso de sustancias).

Temperamental. El consumo de sustancias generalmente precipita o acompaña al insomnio en personas vulnerables. Por lo tanto, la presencia de insomnio en respuesta al estrés o al cambio en el entorno o el momento del sueño puede representar un riesgo de desarrollar un trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos. Puede existir un riesgo similar para personas con otros trastornos del sueño (p. ej., personas con hipersomnia que usan estimulantes).

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

La misma cantidad y duración del consumo de una determinada sustancia puede dar lugar a resultados muy diferentes relacionados con el sueño en hombres y mujeres basándose, por ejemplo, en diferencias específicas del sexo en el funcionamiento hepático.

Marcadores de diagnóstico

Cada uno de los trastornos del sueño inducidos por sustancias o medicamentos produce patrones de sueño electroencefalográficos que están asociados con otros trastornos, pero no pueden considerarse diagnósticos de ellos. El perfil electroencefalográfico del sueño de cada sustancia está relacionado con la etapa de consumo y si es en el contexto de ingesta/intoxicación, consumo crónico o abstinencia tras la interrupción de la sustancia. La polisomnografía nocturna puede ayudar a definir la gravedad de las quejas de insomnio, mientras que la prueba de latencia múltiple del sueño proporciona información sobre la gravedad de la somnolencia diurna. La monitorización de la respiración nocturna y los movimientos periódicos de las extremidades con polisomnografía puede verificar el impacto de una sustancia en la respiración nocturna y el comportamiento motor. Los diarios de sueño durante 2 semanas y la actigrafía se consideran útiles para confirmar la presencia de un trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos, especialmente en el caso de sospecha de tipo insomnio. La detección de drogas puede ser útil cuando el individuo no sabe o no está dispuesto a relatar información sobre la ingesta de sustancias.

Machine Translated by Google

Consecuencias funcionales del sueño inducido por sustancias o medicamentos Trastorno

Si bien existen muchas consecuencias funcionales asociadas con los trastornos del sueño, la única consecuencia única del trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos es un mayor riesgo de recaída. Por ejemplo, el grado de alteración del sueño durante la abstinencia de alcohol (p. ej., rebote del sueño REM) predice el riesgo de recaída en el consumo de alcohol. El seguimiento de la calidad del sueño y la somnolencia diurna durante y después de la abstinencia puede proporcionar información clínicamente significativa sobre si un individuo tiene un mayor riesgo de recaída.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por sustancias y abstinencia de sustancias. Los trastornos del sueño se encuentran comúnmente en el contexto de intoxicación y abstinencia de sustancias. Se debe realizar un diagnóstico de trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos en lugar de un

diagnóstico de intoxicación o abstinencia de sustancias sólo cuando la alteración del sueño es predominante en el cuadro clínico y es lo suficientemente grave como para justificar atención clínica independiente.

Delirio. Si la alteración del sueño inducida por la sustancia o el medicamento se produce exclusivamente durante el curso de un delirio, no se diagnostica por separado.

Otros trastornos del sueño. Un trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos se distingue de otro trastorno del sueño si se considera que una sustancia o medicamento está etiológicamente relacionado con los síntomas. Un trastorno del sueño inducido por una sustancia o un medicamento atribuido a un medicamento recetado para un trastorno mental o una afección médica debe aparecer mientras el individuo recibe el medicamento o durante la interrupción, si existe un síndrome de interrupción o abstinencia asociado con el medicamento. Una vez que se interrumpe el tratamiento, la alteración del sueño normalmente remitirá en unos días o varias semanas. Si los síntomas persisten más de 4 semanas, se deben considerar otras causas de los síntomas relacionados con los trastornos del sueño. No es infrecuente que las personas con otro trastorno del sueño utilicen medicamentos o drogas de abuso para automedicarse sus síntomas (p. ej., alcohol para el tratamiento del insomnio). Si se considera que la sustancia o el medicamento desempeñan un papel importante en la exacerbación de la alteración del sueño, puede estar justificado un diagnóstico adicional de trastorno del sueño inducido por una sustancia o un medicamento.

Trastorno del sueño asociado con una condición médica. El trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos y los trastornos del sueño con una afección médica (es decir, trastorno de insomnio, trastorno de hipersomnolencia y trastorno de pesadillas) pueden producir síntomas similares de insomnio, somnolencia diurna o pesadillas, respectivamente. Muchas afecciones médicas que causan alteraciones del sueño se tratan con medicamentos que también pueden causar alteraciones del sueño. La cronología de los síntomas es el factor más importante para distinguir entre estas dos fuentes de síntomas del sueño. Las dificultades para dormir en un individuo con una condición médica comórbida que claramente precedió al uso de cualquier medicamento para el tratamiento de esa condición médica sugerirían un diagnóstico de trastorno de insomnio, trastorno de hipersomnolencia o trastorno de pesadillas con el especificador "con [condición médica específica]". aplicable al diagnóstico. Por el contrario, los síntomas del sueño que aparecen sólo

Machine Translated by Google

después del inicio de una sustancia/medicación en particular sugieren un trastorno del sueño inducido por una sustancia/medicación. Si la alteración del sueño es comórbida con otra afección médica y también se ve exacerbada por el uso de sustancias, se dan ambos diagnósticos (es decir, trastorno de insomnio, trastorno de hipersomnolencia o trastorno de pesadillas, “con [condición médica específica]” respectivamente; y [sustancia específica/ trastorno del sueño inducido por medicación). Cuando no hay evidencia suficiente para determinar si la alteración del sueño es atribuible a una sustancia/medicamento o a una condición médica, o independiente (es decir, no atribuible ni a una sustancia/medicamento ni a una condición médica), se debe realizar un diagnóstico de trastorno del sueño-vigilia no especificado. Es indicado.

Comorbilidad

Consulte las secciones "Comorbilidad" para conocer otros trastornos del sueño en este capítulo, incluidos el trastorno de insomnio, el trastorno de hipersomnolencia, la apnea central del sueño, la hipoventilación relacionada con el sueño y los trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia, tipo de trabajo por turnos.

Relación con la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño

La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, tercera edición (ICSD-3), enumera los trastornos del sueño “debidos a un medicamento o sustancia” bajo sus respectivos fenotipos (p. ej., hipersomnia, trastorno del movimiento, parasomnia). ICSD-3 no identifica un diagnóstico separado para "insomnio debido a un medicamento o sustancia" basándose en la evidencia de que la confiabilidad para distinguir factores etiológicos únicos y específicos para el insomnio crónico es pobre.

Otro trastorno de insomnio especificado

G47.09

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno de insomnio que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para el trastorno de insomnio o cualquiera de los trastornos del sueño. Clase de diagnóstico de trastornos de la vigilia. La otra categoría de trastorno de insomnio especificada se utiliza en situaciones en las que el médico decide comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de trastorno de insomnio o cualquier trastorno de sueño-vigilia específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de insomnio especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "trastorno de insomnio a corto plazo").

Ejemplos de presentaciones que pueden especificarse utilizando la designación “otro especificado” incluyen los siguientes: 1. Trastorno de insomnio a corto plazo: la duración es inferior a 3 meses.

2. Restringido al sueño no reparador: la queja predominante es el sueño no reparador que no está acompañado de otros síntomas del sueño, como dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido.

Machine Translated by Google

Trastorno de insomnio no especificado

G47.00

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno de insomnio que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para el trastorno de insomnio o cualquiera de los trastornos del sueño. Clase de diagnóstico de trastornos de la vigilia. La categoría de trastorno de insomnio no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide no especificar el motivo por el cual no se cumplen los criterios para un trastorno de insomnio o un trastorno del sueño-vigilia específico, e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer una evaluación más específica. diagnóstico.

Otro trastorno de hipersomnolencia especificado

G47.19

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno de hipersomnolencia que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno de hipersomnolencia o cualquiera de los trastornos del sueño. Clase de diagnóstico de trastornos de la vigilia. La otra categoría de trastorno de hipersomnolencia especificada se utiliza en situaciones en las que el médico decide comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de trastorno de hipersomnolencia o cualquier trastorno específico del sueño-vigilia. Esto se hace registrando “otro trastorno de hipersomnolencia específico” seguido del motivo específico (p. ej., “hipersomnolencia de corta duración”, como en el síndrome de Kleine-Levin).

Trastorno de hipersomnolencia no especificado

G47.10

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno de hipersomnolencia que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno de hipersomnolencia o cualquiera de los trastornos del cuadro.

Machine Translated by Google

Clase diagnóstica de trastornos del sueño-vigilia. La categoría de trastorno de hipersomnolencia no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide no especificar el motivo por el cual no se cumplen los criterios para el trastorno de hipersomnolencia o un trastorno del sueño-vigilia específico, e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer una descripción más específica. diagnóstico.

Otro trastorno del sueño-vigilia especificado

G47.8

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del sueño-vigilia que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos del sueño-vigilia. clase de diagnóstico de trastornos de la vigilia y no califican para un diagnóstico de otro trastorno de insomnio específico u otro trastorno de hipersomnolencia específico. La otra categoría especificada de trastorno del sueño-vigilia se utiliza en situaciones en las que el médico decide comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de ningún trastorno del sueño-vigilia específico. Esto se hace registrando "otro trastorno del sueño-vigilia especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "despertares repetidos durante el sueño con movimientos oculares rápidos sin polisomnografía o antecedentes de enfermedad de Parkinson u otra sinucleinopatía").

Trastorno de sueño-vigilia no especificado

G47.9

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del sueño-vigilia que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos del sueño-vigilia. clase de diagnóstico de trastornos de la vigilia y no califican para un diagnóstico de trastorno de insomnio no especificado o trastorno de hipersomnolencia no especificado. La categoría de trastorno del sueño-vigilia no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide no especificar el motivo por el cual no se cumplen los criterios para un trastorno del sueño-vigilia específico, e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico. .

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales incluyen eyaculación retardada, trastorno eréctil, trastorno orgásmico femenino, trastorno de excitación/interés sexual femenino, trastorno de penetración/dolor genitopélvico, trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino, eyaculación precoz (temprana), disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos, otras especificadas. disfunción sexual y disfunción sexual no especificada. Las disfunciones sexuales son un grupo heterogéneo de trastornos que típicamente se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la capacidad de una persona para responder sexualmente o experimentar placer sexual. Un individuo puede tener varias disfunciones sexuales al mismo tiempo. En tales casos, se deben diagnosticar todas las disfunciones.

Se debe utilizar el juicio clínico para determinar si las dificultades sexuales son el resultado de una estimulación sexual inadecuada; en estos casos, aún puede haber necesidad de atención, pero no se haría un diagnóstico de disfunción sexual. Estos casos pueden incluir, entre otros, condiciones en las que la falta de conocimiento sobre la estimulación efectiva impide la experiencia de excitación u orgasmo.

Los subtipos se utilizan para designar el inicio de la dificultad. En muchas personas con disfunciones sexuales, el momento de aparición puede indicar diferentes etiologías e intervenciones. De por vida se refiere a un problema sexual que ha estado presente desde las primeras experiencias sexuales, y adquirido se aplica a las disfunciones sexuales que se desarrollan después de un período de función sexual relativamente normal. Generalizado se refiere a dificultades sexuales que no se limitan a ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas, y situacional se refiere a dificultades sexuales que solo ocurren con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Además de los subtipos de por vida/adquirido y generalizado/situacional, se deben considerar una serie de factores durante la evaluación de la disfunción sexual, dado que pueden ser relevantes para la etiología o el tratamiento y pueden contribuir, en diversos grados, entre individuos: 1) factores de la pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja; estado de salud de la pareja); 2) factores de relación (p. ej., mala comunicación; discrepancias en el deseo de actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., mala imagen corporal; antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores estresantes (p. ej., pérdida del empleo, duelo); 4) factores culturales o religiosos (p. ej., inhibiciones relacionadas con prohibiciones contra la actividad o el placer sexual; actitudes hacia la sexualidad); y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, curso o tratamiento.

El juicio clínico sobre el diagnóstico de disfunción sexual debe tener en cuenta factores culturales que pueden influir en las expectativas o generar prohibiciones sobre la experiencia del placer sexual. El envejecimiento y la duración de la relación pueden estar asociados con una disminución normativa en la respuesta sexual.

La respuesta sexual tiene un fundamento biológico necesario, pero generalmente se experimenta en un contexto intrapersonal, interpersonal y cultural. Por tanto, la función sexual implica una interacción compleja entre factores biológicos, socioculturales y psicológicos. En muchos contextos clínicos, se desconoce una comprensión precisa de la etiología de un problema sexual. Sin embargo, una relación sexual

Machine Translated by Google

El diagnóstico de disfunción requiere descartar problemas que se explican mejor por un trastorno mental no sexual, por los efectos de una sustancia (p. ej., droga o

medicación), por una afección médica (p. ej., debido a daño al nervio pélvico) o por una relación de pareja grave, violencia de pareja u otros factores estresantes.

Es posible que la población de personas con diversidad de género, incluidas las transgénero, las no binarias y las agender, no se identifiquen con las categorías de diagnóstico existentes basadas en el sexo y el género descritas en este capítulo o no parezcan encajar en ellas. A pesar de los nombres dados al trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino y al trastorno de excitación del interés sexual femenino, los criterios de diagnóstico describen síntomas y experiencias que no dependen del sexo o género específico del individuo. Como tal, cualquiera de los diagnósticos se puede aplicar a personas de género diverso según el criterio clínico. Para los diagnósticos relacionados con la anatomía reproductiva (p. ej., disfunción eréctil, eyaculación precoz [temprana], eyaculación retardada y dolor genitopélvico/trastorno de penetración), los diagnósticos deben basarse en la anatomía actual del individuo y no en el sexo asignado al nacer. Se necesita mucha más investigación para comprender las experiencias de disfunción sexual entre personas de género diverso. Mientras tanto, como ocurre con todas las categorías del DSM, los médicos deben utilizar su mejor criterio.

Si la disfunción sexual se explica principalmente por otro trastorno mental no sexual (p. ej., trastorno depresivo o bipolar, trastorno de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno psicótico), entonces sólo se debe realizar el diagnóstico del otro trastorno mental. Si se cree que el problema se explica mejor por el uso/mal uso o la interrupción de una droga o sustancia, se debe diagnosticar en consecuencia como una disfunción sexual inducida por una sustancia/medicación. Si la disfunción sexual es atribuible a otra afección médica (p. ej., neuropatía periférica), la persona no recibiría un diagnóstico psiquiátrico. Si los problemas graves en la relación, la violencia de pareja o los factores estresantes significativos explican mejor las dificultades sexuales, entonces no se realiza un diagnóstico de disfunción sexual, pero se puede incluir un código Z apropiado para el problema de relación o el factor estresante (p. ej., Z63.0 Problemas en la relación con el cónyuge). o pareja íntima); consulte el capítulo “Otras afecciones que pueden ser un foco de atención clínica”. En muchos casos, no se puede establecer una relación etiológica precisa entre otra afección (p. ej., una afección médica) y una disfunción sexual. Es posible tener un diagnóstico de disfunción sexual y una condición médica coexistente, trastorno mental no sexual o uso/mal uso o interrupción de una droga o sustancia; y es posible tener uno o más diagnósticos de disfunción sexual.

Eyaculación retardada

Criterios de diagnóstico	F52.32

R. Cualquiera de los siguientes síntomas debe experimentarse en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%-100%) de actividad sexual en pareja (en contextos situacionales identificados o, si es generalizado, en todos los contextos), y sin que el individuo desee un retraso:

Machine Translated by Google

1. Marcado retraso en la eyaculación.
2. Marcada infrecuencia o ausencia de eyaculación.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante una duración mínima de aproximadamente 6 meses.

C. Los síntomas del Criterio A causan malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una relación conflictiva grave u otros factores estresantes significativos y no es atribuible a los efectos de una sustancia/medicamento u otra condición médica.

Especifique si: De

por vida: La alteración ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo.

Adquirido: el trastorno comenzó después de un período de función sexual relativamente normal.

Especifique si:

Generalizado: No limitado a ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: solo ocurre con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especifique la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve por los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado por los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar severo o extremo por los síntomas del Criterio A.

Características diagnósticas La

característica esencial de la eyaculación retardada es un marcado retraso o incapacidad para lograr la eyaculación o una marcada infrecuencia de la eyaculación en todas o casi todas las ocasiones de actividad sexual en pareja, a pesar de la presencia de una estimulación sexual adecuada y el deseo de eyacular (Criterio A). . Para calificar para un diagnóstico de eyaculación retardada del DSM-5, los síntomas deben haber persistido durante una duración mínima de aproximadamente 6 meses (Criterio B) y deben causar malestar clínicamente significativo en el individuo (Criterio C). La actividad sexual en pareja puede incluir estimulación manual, oral, coital o anal. En la mayoría de los casos, el diagnóstico se realizará mediante autoinforme, aunque en el caso de los hombres en relaciones de pareja heterosexual, con frecuencia es la angustia de la pareja femenina lo que motiva la búsqueda de tratamiento. Es común que los hombres que presentan eyaculación retardada puedan eyacular con autoestimulación, pero no durante la actividad sexual en pareja.

La definición de "retraso" no tiene límites precisos, ya que no hay consenso sobre qué constituye un tiempo razonable para alcanzar el orgasmo o qué es inaceptablemente largo para la mayoría de los hombres y sus parejas sexuales. Aunque las definiciones de eyaculación retardada se aplican igualmente a

Machine Translated by Google

Tanto de orientación heterosexual como homosexual, la gran mayoría del foco de investigación se ha basado en el concepto de latencia intravaginal, y por tanto en el coito masculino-femenino. Los hallazgos de esos estudios documentan que el rango de tiempo de latencia de eyaculación intravaginal (IELT) de la mayoría de los hombres es de aproximadamente 4 a 10 minutos. Tampoco existe una delimitación diagnóstica clara entre la eyaculación retardada como disfunción sexual y el retraso como consecuencia del envejecimiento normal. Por lo tanto, el diagnóstico de eyaculación retardada se basa en el juicio clínico, teniendo en cuenta los antecedentes médicos y psicosexuales del individuo, la edad, el contexto de la relación y los patrones y comportamientos de estimulación sexual. El diagnóstico de eyaculación retardada no debe darse si el médico considera que la insatisfacción del individuo es enteramente atribuible a expectativas poco realistas.

Funciones asociadas

El hombre y su pareja pueden reportar embestidas prolongadas para alcanzar el orgasmo hasta el punto de agotamiento o malestar genital y, a veces, incluso lesiones para él y/o su pareja antes de cesar finalmente. Algunos hombres pueden informar que evitan la actividad sexual debido a un patrón repetitivo de dificultad para eyacular.

La eyaculación retardada se asocia con una masturbación muy frecuente, el uso de técnicas de masturbación que una pareja no puede duplicar fácilmente y marcadas disparidades entre las fantasías sexuales durante la masturbación y la realidad del sexo con una pareja.

Los hombres con eyaculación retardada generalmente informan menos actividad coital, mayores niveles de angustia en las relaciones, insatisfacción sexual, menor excitación subjetiva, ansiedad sobre su desempeño sexual y problemas de salud generales que los hombres sexualmente funcionales.

Además de las consideraciones de los subtipos aplicables (es decir, si el retraso en la eyaculación ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo o comenzó después de un período de función sexual relativamente normal, y si el retraso en la eyaculación es generalizado o ocurre sólo con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas), es importante considerar los siguientes factores en la evaluación de la eyaculación retardada: 1) factores de la pareja (p. ej., problemas de salud o problemas sexuales de la pareja); 2) factores de relación (p. ej., mala comunicación, discrepancias

en deseo de actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., deseo sexual hipoactivo), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores estresantes como la pérdida del empleo o el estrés; 4) factores culturales/religiosos (p. ej., inhibiciones relacionadas con prohibiciones contra la actividad sexual; actitudes hacia la sexualidad); 5) factores médicos, particularmente hipogonadismo o trastornos neurológicos (p. ej., esclerosis múltiple, neuropatía diabética); y 6) uso de sustancias o medicamentos que podrían inhibir la eyaculación (p. ej., uso de fármacos serotoninérgicos).

Predominio

La prevalencia de la eyaculación retardada en los Estados Unidos se estima entre el 1% y el 5%, pero en estudios internacionales ha llegado al 11%. Sin embargo, la variación en las definiciones de síndrome entre los estudios puede haber contribuido a las diferencias en la prevalencia del trastorno del DSM-5.

Desarrollo y curso

Machine Translated by Google

La eyaculación retardada de por vida comienza con experiencias sexuales tempranas y continúa a lo largo de la vida de un individuo. La eyaculación retardada adquirida comienza después de un período de función sexual normal. Varios factores biomédicos, psicosociales y culturales pueden contribuir a la predisposición o el mantenimiento de la eyaculación retardada adquirida o de por vida (consulte la sección "Factores de riesgo y pronóstico"), y cualquiera de los subtipos puede ser de naturaleza generalizada o situacional.

La prevalencia de la eyaculación retardada aumenta con la edad. A medida que los hombres envejecen, es más probable que presenten progresivamente más de los siguientes cambios en la función eyaculatoria, que incluyen, entre otros, una reducción del volumen, la fuerza y la sensación de la eyaculación y un aumento del "tiempo refractario". La latencia refractaria aumenta en los hombres como consecuencia de complicaciones quirúrgicas, médicas y farmacéuticas, así como del envejecimiento.

Factores de riesgo y pronóstico La latencia eyaculatoria es una consecuencia final que está determinada por una variedad de factores. Una gran cantidad de factores psicosociales aumentan la probabilidad de que un individuo experimente eyaculación retardada, siendo los contribuyentes predominantes la depresión y la insatisfacción en las relaciones.

Genético y fisiológico. Numerosas afecciones médicas pueden provocar una eyaculación retardada, incluidos procedimientos que alteran la inervación simpática o somática de la región genital, como la prostatectomía radical para el tratamiento del cáncer. Los trastornos neurológicos y endocrinos, como lesiones de la médula espinal, accidentes cerebrovasculares, esclerosis múltiple, cirugía de la región pélvica, diabetes grave, epilepsia, anomalías hormonales y apnea del sueño, así como abuso de alcohol, disfunción intestinal, consumo de cannabis y factores ambientales, pueden ser asociado con la eyaculación retardada.

Además, los medicamentos que inhiben la inervación adrenérgica α del sistema eyaculador (p. ej., tamsulosina) se asocian con la eyaculación retardada, así como los agentes antihipertensivos, antidepresivos (p. ej., inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y fármacos antipsicóticos.

La pérdida de los nervios sensoriales periféricos de conducción rápida relacionada con la edad y la disminución de la secreción de esteroides sexuales relacionada con la edad pueden estar asociadas con un aumento de la eyaculación retardada en los hombres a medida que envejecen. Los niveles reducidos de andrógenos con la edad también pueden estar asociados con la eyaculación retardada.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Por definición, el diagnóstico de eyaculación retardada sólo se da a los hombres. Las dificultades angustiosas con el orgasmo en las mujeres se considerarían bajo el trastorno orgásmico femenino.

Consecuencias funcionales de la eyaculación tardía La eyaculación tardía a menudo se asocia con una angustia psicológica considerable en uno o ambos miembros de la pareja.

La dificultad con la eyaculación puede contribuir a dificultades en la concepción y conducir a una evaluación significativa de la fertilidad, ya que las personas no suelen hablar espontáneamente de la falta de eyaculación a menos que haya una consulta directa de su médico.

Diagnóstico Diferencial Otra condición médica o lesión y/o su tratamiento. Un gran desafío diagnóstico es

Machine Translated by Google

diferenciar entre una eyaculación retardada que se explica completamente por otra condición médica o lesión (o su tratamiento) y una eyaculación retardada atribuible a una variedad de factores biomédicos-psicosociales y culturales proporcionalmente diferentes que determinan los síntomas. Varias condiciones médicas o lesiones, junto con sus tratamientos, pueden producir retrasos en la eyaculación independientemente de cuestiones psicosociales y culturales.

La eyaculación retardada debe diferenciarse de una serie de afecciones urológicas (especialmente otros trastornos eyaculatorios), incluida la eyaculación retrógrada o aneyaculación, que generalmente es el resultado de etiologías que van desde anomalías hormonales hasta neurológicas y/o anatómicas, incluida la obstrucción del conducto eyaculador y otros trastornos urológicos. .

Uso de sustancias/medicamentos. Varios agentes farmacológicos, como los antidepresivos, los antipsicóticos, los fármacos simpáticos α, el alcohol y los opioides, pueden provocar problemas de eyaculación.
En tales casos, el diagnóstico es disfunción sexual inducida por sustancias o medicamentos en lugar de eyaculación retardada.

Disfunción con el orgasmo. Es importante en la anamnesis determinar si la queja se refiere a la eyaculación retardada o a la sensación de orgasmo, o ambas. La eyaculación ocurre en los genitales, mientras que se cree que la experiencia del orgasmo es principalmente subjetiva. La eyaculación y el orgasmo suelen ocurrir juntos, pero no siempre. Por ejemplo, un hombre con un patrón de eyaculación normal puede quejarse de una disminución del placer (es decir, eyaculación anhedónica). Tal dolencia no se codificaría como eyaculación retardada, pero podría codificarse como otra disfunción sexual especificada o como disfunción sexual no especificada.

Comorbilidad Existe

cierta evidencia que sugiere que la eyaculación retardada puede ser más común en formas graves de trastorno depresivo mayor.

Trastorno eréctil

Criterios de diagnóstico	F52.21

A. Al menos uno de los tres síntomas siguientes debe experimentarse en casi todas o todas (aproximadamente 75%-100%) ocasiones de actividad sexual (en contextos situacionales identificados o, si es generalizado, en todos los contextos): 1. Dificultad marcada para obtener una

erección durante la actividad sexual.

2. Marcada dificultad para mantener una erección hasta la finalización de la relación sexual. actividad.

3. Disminución marcada de la rigidez eréctil.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante una duración mínima de aproximadamente 6 meses.

C. Los síntomas del Criterio A causan malestar clínicamente significativo en el individuo.

Machine Translated by Google

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una relación conflictiva grave u otros factores estresantes significativos y no es atribuible a los efectos de una sustancia/medicamento u otra condición médica.

Especifique si: De por

vida: La alteración ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo.

Adquirido: el trastorno comenzó después de un período de función sexual relativamente normal.

Especifique si:

Generalizado: No limitado a ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: solo ocurre con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especifique la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve por los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado por los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar severo o extremo por los síntomas del Criterio A.

Características diagnósticas La

característica esencial del trastorno eréctil es una marcada dificultad para obtener o mantener una erección o una marcada disminución de la rigidez eréctil en todas o casi todas las ocasiones de actividad sexual (Criterio A) que ha persistido durante al menos 6 meses (Criterio B). y que causa malestar clínicamente significativo en el individuo (Criterio C). Es necesaria una historia sexual cuidadosa para determinar que el problema ha estado presente durante un período de tiempo significativo (es decir, al menos aproximadamente 6 meses) y ocurre en la mayoría de las ocasiones sexuales (es decir, al menos el 75% del tiempo). Los síntomas pueden ocurrir sólo en situaciones específicas que involucran ciertos tipos de estimulación o parejas, o pueden ocurrir de manera generalizada en todo tipo de situaciones, estimulación o parejas.

En este capítulo se utilizan los términos trastorno eréctil y disfunción eréctil, que no son sinónimos. La disfunción eréctil es un término descriptivo ampliamente utilizado (incluido en la CIE-10) que se refiere a la dificultad para lograr y mantener una erección. El trastorno eréctil es la categoría diagnóstica más específica del DSM-5 en la que la disfunción eréctil persiste durante al menos 6 meses y causa malestar en el individuo.

Funciones asociadas

Muchos hombres con trastorno eréctil pueden tener baja autoestima, baja confianza en sí mismos y un sentido disminuido de masculinidad, y pueden experimentar un estado de ánimo deprimido. La disfunción eréctil también está fuertemente asociada con sentimientos de culpa, culpabilidad, sensación de fracaso, ira y preocupación por decepcionar a la pareja. Puede ocurrir miedo y/o evitación de futuros encuentros sexuales.
Son comunes la disminución de la satisfacción sexual y la reducción del deseo sexual en la pareja del individuo.

Además de las consideraciones sobre los subtipos aplicables (es decir, si la disfunción eréctil tiene

Machine Translated by Google

ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo o comenzó después de un período de función sexual relativamente normal, y si la disfunción eréctil es generalizada o ocurre solo con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas), es importante considerar los siguientes factores en el evaluación del trastorno eréctil: 1) factores de la pareja (p. ej., problemas de salud o problemas sexuales de la pareja); 2) factores de relación (p. ej., mala comunicación, discrepancias en el deseo de actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., deseo sexual hipoactivo), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores estresantes como la pérdida del empleo o el estrés; 4) factores culturales/religiosos (p. ej., inhibiciones relacionadas con prohibiciones contra la actividad sexual; actitudes hacia la sexualidad); 5) factores médicos, particularmente cirugía (p. ej., resección transuretral de la próstata), hipogonadismo o afecciones neurológicas

(p. ej., esclerosis múltiple, neuropatía diabética); y 6) uso de sustancias o medicamentos que podrían inhibir la eyaculación (p. ej., uso de fármacos serotoninérgicos).

Predominio

Se desconoce la prevalencia del trastorno eréctil de por vida versus el adquirido. Hay un fuerte aumento relacionado con la edad tanto en la prevalencia como en la incidencia de problemas de erección, particularmente después de los 50 años. A nivel internacional, la prevalencia del trastorno eréctil en la población general es aproximadamente del 13% al 21% de los hombres de entre 40 y 80 años. Las tasas parecen ser inferiores al 10% en hombres menores de 40 años, alrededor del 20% al 40% en hombres de 60 años y del 50% al 75% en hombres mayores de 70 años. En un estudio longitudinal realizado en Australia, el 80% de los hombres de 70 años o más experimentaron trastorno eréctil. En una revisión de estudios realizados principalmente en países occidentales, alrededor del 20% de los hombres temían problemas de erección en su primera experiencia sexual, mientras que aproximadamente el 8% experimentó problemas de erección que dificultaron la penetración durante su primera experiencia sexual. Entre los que respondieron a una encuesta en línea en los EE. UU., no hubo diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia del trastorno eréctil por origen étnico-racial. Los datos representativos a nivel nacional de EE. UU. muestran que la prevalencia de dificultades eréctiles es similar en hombres mayores que tienen relaciones sexuales con hombres o tanto con hombres como con mujeres.

Desarrollo y evolución

Se ha descubierto que la insuficiencia eréctil en el primer intento sexual está relacionada con tener relaciones sexuales con una pareja previamente desconocida, el uso concomitante de drogas o alcohol, no querer tener relaciones sexuales y la presión de grupo. Hay evidencia mínima sobre la persistencia de tales problemas después del primer intento. Se supone que la mayoría de estos problemas remiten espontáneamente sin intervención profesional, pero algunos hombres pueden seguir teniendo problemas episódicos. Por el contrario, el trastorno eréctil adquirido suele asociarse a factores biológicos como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Es probable que el trastorno eréctil adquirido sea persistente en la mayoría de los hombres.

Se desconoce la historia natural del trastorno eréctil de por vida. La observación clínica respalda la asociación del trastorno eréctil de por vida con factores psicológicos que son autolimitados o responden a intervenciones psicológicas, mientras que, como se señaló anteriormente, es más probable que el trastorno eréctil adquirido esté relacionado con factores biológicos y sea persistente. La incidencia del trastorno eréctil aumenta con la edad. Una minoría de hombres diagnosticados con insuficiencia eréctil moderada

Machine Translated by Google

puede experimentar una remisión espontánea de los síntomas sin intervención médica. La angustia asociada con el trastorno eréctil es menor en los hombres mayores en comparación con los hombres más jóvenes.

Factores de riesgo y pronóstico

Modificadores de curso. Los factores de riesgo de la disfunción eréctil adquirida y, como consecuencia, del trastorno eréctil incluyen la edad, fumar tabaco, la falta de ejercicio físico, la diabetes y la disminución del deseo.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

La prevalencia del trastorno eréctil varía según los países. No está claro hasta qué punto estas variaciones representan diferencias en las expectativas culturales en contraposición a diferencias genuinas en la frecuencia de la insuficiencia eréctil. El respaldo diferencial puede estar relacionado con preocupaciones culturales sobre parecer débil o menos masculino o con diversas normas culturales sobre los cambios en la función eréctil durante el envejecimiento saludable. Las expectativas culturales sobre las relaciones matrimoniales, el desempeño sexual, la fertilidad y los roles de género pueden influir en las ansiedades que pueden contribuir al trastorno eréctil. Según las respuestas a una encuesta en línea, el trastorno eréctil puede estar asociado con la preocupación por el tamaño de los genitales en los Estados Unidos y el Medio Oriente y con temores de infertilidad masculina con mayor frecuencia en el Medio Oriente.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Por definición, el diagnóstico de disfunción eréctil sólo se realiza en hombres. Las dificultades angustiosas con la excitación sexual en las mujeres se considerarían bajo el trastorno del interés/excitación sexual femenina.

Marcadores de diagnóstico

Las pruebas de tumescencia del pene nocturna y la turgencia eréctil medida durante el sueño se pueden emplear para ayudar a diferenciar los problemas eréctiles orgánicos de los psicógenos, bajo el supuesto de que erecciones adecuadas durante el sueño con movimientos oculares rápidos indican una etiología psicológica del problema. Se pueden emplear otros procedimientos de diagnóstico dependiendo de la evaluación que haga el médico de su relevancia dada la edad del individuo, los problemas médicos comórbidos y la presentación clínica. Para evaluar la integridad vascular se pueden utilizar la ecografía Doppler y la inyección intravascular de fármacos vasoactivos, así como procedimientos de diagnóstico invasivos como la cavernosografía de infusión dinámica. Cuando se sospecha una neuropatía periférica, se pueden emplear estudios de conducción del nervio pudendo, incluidos los potenciales evocados somatosensoriales. Las pruebas de niveles bajos de testosterona libre o biodisponible en suero son apropiadas, especialmente cuando hay diabetes, para hombres que también experimentan deseo hipoactivo y para aquellos que no responden a los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5. También se puede evaluar la función tiroidea. La determinación de la glucosa sérica en ayunas es útil para detectar la presencia de diabetes mellitus. La evaluación de los lípidos séricos es importante, ya que el trastorno eréctil en hombres de 40 años o más predice el riesgo futuro de enfermedad de las arterias coronarias.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Entre los hombres que reciben tratamiento por trastorno eréctil con depresión comórbida, las tasas elevadas

Machine Translated by Google

Se han observado pensamientos o comportamientos suicidas; Si bien los hombres afectados atribuyeron los síntomas suicidas a su trastorno eréctil, la presencia de depresión también fue un factor contribuyente probable. Las elevadas tasas de suicidio entre los hombres con cáncer de próstata pueden estar relacionadas en parte con la disfunción eréctil asociada al tratamiento y los consiguientes síntomas depresivos.

Consecuencias funcionales del trastorno eréctil El trastorno eréctil puede interferir con la fertilidad y producir malestar tanto individual como interpersonal. El miedo y/o la evitación de encuentros sexuales pueden interferir con la capacidad de desarrollar relaciones íntimas. Puede producirse un malestar psicológico significativo entre los hombres que presentan trastorno eréctil.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales no sexuales. El trastorno depresivo mayor y el trastorno eréctil están estrechamente asociados y puede ocurrir un trastorno eréctil que acompaña al trastorno depresivo grave. Si las dificultades eréctiles se explican mejor por otro trastorno mental, como la depresión mayor, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno eréctil.

Función eréctil normal. El diferencial debe incluir la consideración de la función eréctil normal. en varones con expectativas excesivas.

Uso de sustancias/medicamentos. Un inicio de disfunción eréctil que coincide con el inicio del uso de una sustancia o medicamento y que se disipa con la interrupción de la sustancia o el medicamento o la reducción de la dosis sugiere una disfunción sexual inducida por una sustancia o medicamento, que debe diagnosticarse en lugar de un trastorno eréctil.

Otra condición médica. El aspecto más difícil del diagnóstico diferencial del trastorno eréctil es descartar los problemas de erección que se explican plenamente por factores médicos. Estos casos no recibirían un diagnóstico de trastorno mental. La distinción entre trastorno eréctil como trastorno mental y disfunción eréctil como resultado de otra afección médica suele no estar clara, y muchos casos tendrán etiologías biológicas y psiquiátricas complejas e interactivas. Si el individuo tiene más de 40 a 50 años y/o tiene problemas médicos concomitantes, el diagnóstico diferencial debe incluir etiologías médicas, especialmente enfermedades vasculares. La presencia de una enfermedad orgánica que se sabe que causa problemas eréctiles no confirma una relación causal. Por ejemplo, un hombre con diabetes mellitus puede desarrollar un trastorno eréctil en respuesta al estrés psicológico. En general, la disfunción eréctil debida a factores orgánicos es generalizada y de aparición gradual. Una excepción serían los problemas de erección después de una lesión traumática en la inervación nerviosa de los órganos genitales (p. ej., lesión de la médula espinal). Los problemas de erección que son situacionales e inconsistentes y que tienen un inicio agudo después de un acontecimiento vital estresante suelen atribuirse a acontecimientos psicológicos. Una edad menor de 40 años también sugiere una etiología psicológica de la dificultad.

Comorbilidad

El trastorno eréctil puede ser comórbido con otros diagnósticos sexuales, como prematuro (temprano)

Machine Translated by Google

eyaculación y trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino, así como con trastornos de ansiedad y depresivos. El riesgo de depresión es significativamente mayor en los hombres con trastorno eréctil, con un riesgo notablemente mayor de depresión en el primer año después del inicio. En los hombres diagnosticados con trastorno de estrés postraumático, los problemas de erección son comunes. El trastorno eréctil es común en hombres con síntomas del tracto urinario inferior relacionados con la hipertrofia prostática. El trastorno eréctil puede ser comórbido con dislipidemia, enfermedad cardiovascular, hipogonadismo, esclerosis múltiple, diabetes mellitus y otras enfermedades que interfieren con la función vascular, neurológica o endocrina necesaria para la función eréctil normal.

Trastorno orgásmico femenino

Criterios de diagnóstico F52.31

A. Presencia de cualquiera de los siguientes síntomas y experimentado en casi todas o todas (aproximadamente 75%-100%) ocasiones de actividad sexual (en contextos situacionales identificados o, si es generalizado, en todos los contextos): 1. Retraso marcado en, marcado Infrecuencia

o ausencia de orgasmo.

2. Intensidad notablemente reducida de las sensaciones orgásmicas.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante una duración mínima de aproximadamente 6 meses.

C. Los síntomas del Criterio A causan malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de un malestar grave en la relación (p. ej., violencia de pareja) u otros factores estresantes importantes y no es atribuible a los efectos de una sustancia/medicamento u otra afección médica.

Especifique si: De

por vida: La alteración ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo.

Adquirido: el trastorno comenzó después de un período de función sexual relativamente normal.

Especifique si:

Generalizado: No limitado a ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: solo ocurre con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especifique

si: Nunca experimentó un orgasmo en ninguna situación.

Especifique la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve por los síntomas del Criterio A.

Machine Translated by Google

Moderado: Evidencia de malestar moderado por los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar severo o extremo por los síntomas del Criterio A.

Características diagnósticas El

trastorno orgásmico femenino se caracteriza por dificultad para experimentar el orgasmo y/o intensidad marcadamente reducida de las sensaciones orgásmicas (Criterio A). Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de estimulación que provoca el orgasmo. De manera similar, las descripciones subjetivas del orgasmo son extremadamente variadas, lo que sugiere que se experimenta de maneras muy diferentes, tanto entre mujeres como en diferentes ocasiones por la misma mujer. Para un diagnóstico de trastorno orgásmico femenino, los síntomas deben experimentarse en casi todas o todas (aproximadamente entre el 75 % y el 100 %) de las ocasiones de actividad sexual (en contextos situacionales identificados o, si son generalizados, en todos los contextos) y tener una duración mínima de aproximadamente 6 meses. El uso de criterios mínimos de gravedad y duración tiene como objetivo distinguir las dificultades transitorias del orgasmo de la disfunción orgásmica más persistente. La inclusión de "aproximadamente" en el Criterio B permite el criterio del médico en los casos en que la duración de los síntomas no alcanza el umbral recomendado de 6 meses.

Para que una mujer tenga un diagnóstico de trastorno orgásmico femenino, los síntomas deben acompañarse de un malestar clínicamente significativo (Criterio C). En muchos casos de problemas de orgasmo, las causas son multifactoriales o no se pueden determinar. Si se considera que el trastorno orgásmico femenino se explica mejor por otro trastorno mental, los efectos de una sustancia/medicamento o una afección médica, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno orgásmico femenino. Finalmente, si están presentes factores interpersonales o contextuales significativos, como problemas graves en las relaciones, violencia de pareja u otros factores estresantes importantes, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno orgásmico femenino.

Muchas mujeres necesitan estimulación del clítoris para alcanzar el orgasmo, y una proporción relativamente pequeña de mujeres informa que siempre experimenta el orgasmo durante el coito peneano-vaginal. Por lo tanto, el hecho de que una mujer experimente un orgasmo a través de la estimulación del clítoris pero no durante el coito no cumple con los criterios para un diagnóstico clínico de trastorno orgásmico femenino. También es importante considerar si las dificultades para alcanzar el orgasmo son el resultado de una estimulación sexual inadecuada; en estos casos, aún puede ser necesaria atención, pero no se haría un diagnóstico de trastorno orgásmico femenino.

Funciones asociadas

En general, no se han demostrado asociaciones entre patrones específicos de rasgos de personalidad o psicopatología y disfunción orgásmica. En comparación con las mujeres sin el trastorno, algunas mujeres con trastorno orgásmico femenino pueden tener mayores dificultades para comunicarse sobre cuestiones sexuales. Sin embargo, la satisfacción sexual general no está fuertemente correlacionada con la experiencia orgásmica. Muchas mujeres reportan altos niveles de satisfacción sexual a pesar de que rara vez o nunca experimentan un orgasmo. Las dificultades para alcanzar el orgasmo en las mujeres suelen coexistir con problemas relacionados con el interés y la excitación sexual.

Además de los subtipos "de por vida/adquirido" y "generalizado/situacional", se deben considerar los siguientes cinco factores durante la evaluación y el diagnóstico del trastorno orgásmico femenino, dado que pueden ser relevantes para la etiología o el tratamiento: 1) factores de la pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja, estado de salud de la pareja); 2) factores de relación (p. ej., mala

Machine Translated by Google

comunicación, discrepancias en el deseo de actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., mala imagen corporal, antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores estresantes (p. ej., pérdida del empleo, duelo); 4) factores culturales/religiosos (p. ej., inhibiciones relacionadas con prohibiciones contra la actividad sexual; actitudes hacia la sexualidad); y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, curso o tratamiento. Cada uno de estos factores puede contribuir de manera diferente a los síntomas que presentan diferentes mujeres con este trastorno.

Predominio

Las tasas de prevalencia informadas de problemas de orgasmo en mujeres premenopáusicas varían ampliamente, del 8% al 72%, dependiendo de múltiples factores (p. ej., edad, contexto y antecedentes culturales, duración, gravedad de los síntomas); sin embargo, estas estimaciones no tienen en cuenta la presencia de angustia. Sólo una proporción de las mujeres que experimentan dificultades para alcanzar el orgasmo también reportan malestar asociado. La variación en la forma en que se evalúan los síntomas (p. ej., la duración de los síntomas y el período de recuerdo) también influye en las tasas de prevalencia. A nivel internacional, aproximadamente el 10% de las mujeres no experimentan el orgasmo a lo largo de su vida.

Desarrollo y curso Por definición, el trastorno orgásmico femenino de por vida indica que las dificultades del orgasmo siempre han estado presentes, mientras que el subtipo adquirido se asignaría si las dificultades del orgasmo de la mujer se desarrollaran después de un período de funcionamiento orgásmico normal.

La primera experiencia de orgasmo de una mujer puede ocurrir en cualquier momento desde el período prepuberal hasta bien entrada la edad adulta. Las mujeres muestran un patrón más variable en la edad del primer orgasmo que los hombres, y los informes de las mujeres de haber experimentado un orgasmo aumentan con la edad. Muchas mujeres aprenden a experimentar el orgasmo a medida que experimentan una amplia variedad de estimulación y adquieren más conocimientos sobre sus cuerpos. Los índices de consistencia orgásmica de las mujeres (definido como "habitualmente o siempre" que experimentan un orgasmo) son más altos durante la masturbación que durante la actividad sexual con una pareja.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Una amplia gama de factores psicológicos, como la ansiedad y las preocupaciones sobre embarazo, puede potencialmente interferir con la capacidad de la mujer para experimentar el orgasmo.

Ambiental. Existe una fuerte asociación entre los problemas de relación, la salud física y la salud mental y las dificultades para alcanzar el orgasmo en las mujeres. Los factores socioculturales (p. ej., expectativas de los roles de género y normas religiosas) también influyen de manera importante en la experiencia de las dificultades para alcanzar el orgasmo.

Genético y fisiológico. Muchos factores fisiológicos pueden influir en la experiencia del orgasmo de una mujer, incluidas las condiciones médicas y los medicamentos. Condiciones como la esclerosis múltiple, el daño al nervio pélvico por histerectomía radical y la lesión de la médula espinal pueden influir en el funcionamiento orgásmico en las mujeres. Se sabe que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina retrasan o inhiben el orgasmo en las mujeres. Las mujeres con atrofia vulvovaginal (caracterizada por síntomas como sequedad vaginal, picazón y dolor) tienen significativamente más probabilidades de reportar dificultades para alcanzar el orgasmo que las mujeres sin esta afección. El estado menopáusico no se asocia consistentemente con la

Machine Translated by Google

Probabilidad de dificultades para alcanzar el orgasmo. Puede haber una contribución genética significativa a la variación en la función orgásmica femenina. Sin embargo, es probable que los factores psicológicos, socioculturales y fisiológicos interactúen de manera compleja para influir en la experiencia del orgasmo de las mujeres y de las dificultades para alcanzar el orgasmo.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura El

grado en que la falta de orgasmo en las mujeres se considera un problema que requiere tratamiento puede variar según el contexto cultural. Puntos de vista culturales que subestiman la participación de las mujeres.

La satisfacción sexual o que perciben el sexo conyugal como un deber de las mujeres en lugar de una actividad placentera se asocian con una menor búsqueda de ayuda. Además, las mujeres difieren en la importancia del orgasmo para su satisfacción sexual. Puede haber marcadas diferencias socioculturales y generacionales en la capacidad orgásmica de las mujeres. Por ejemplo, los informes sobre la prevalencia de la incapacidad para alcanzar el orgasmo varían en un rango doble entre las regiones del mundo.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Por

definición, el diagnóstico de trastorno orgásmico femenino se da sólo a las mujeres. Las dificultades angustiosas con el orgasmo en los hombres se considerarían bajo la eyaculación retardada.

Marcadores de diagnóstico

Aunque durante el orgasmo femenino se producen cambios fisiológicos mensurables, incluidos cambios hormonales, musculatura del suelo pélvico y activación cerebral, existe una variabilidad significativa en estos indicadores del orgasmo entre mujeres. En situaciones clínicas, el diagnóstico de trastorno orgásmico femenino se basa en el autoinforme de la mujer.

Asociación con pensamientos o comportamiento suicidas Las disfunciones de la

excitación y satisfacción sexual se han asociado con pensamientos suicidas entre mujeres veteranas y miembros del servicio militar, incluso después de realizar ajustes por probable trastorno de estrés postraumático, probable depresión, antecedentes de despliegue militar, estado civil, edad y servicio en el ejército. y raza.

Consecuencias funcionales del trastorno orgásmico femenino Las consecuencias funcionales

del trastorno orgásmico femenino no están claras. Aunque existe una fuerte asociación entre los problemas de relación y las dificultades del orgasmo en las mujeres, no está claro si los factores de relación son factores de riesgo para las dificultades del orgasmo o son consecuencias de esas dificultades.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales no sexuales. Si las dificultades para alcanzar el orgasmo se explican mejor por otro trastorno mental, como la depresión mayor, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno orgásmico femenino.

Machine Translated by Google

Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos. Un inicio de disfunción orgásmica que coincide con el inicio del uso de una sustancia o medicamento y que se disipa con la interrupción de la sustancia o el medicamento o la reducción de la dosis sugiere una disfunción sexual inducida por una sustancia o medicamento, que debe diagnosticarse en lugar de un trastorno orgásmico femenino.

Otra condición médica. Si el trastorno es atribuible a otra afección médica (p. ej., esclerosis múltiple, lesión de la médula espinal), entonces no se haría un diagnóstico de trastorno orgásmico femenino.

Factores interpersonales. Si factores interpersonales o contextuales significativos, como problemas graves en las relaciones, violencia de pareja u otros factores estresantes importantes, están asociados con las dificultades para alcanzar el orgasmo, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno orgásmico femenino.

Otras disfunciones sexuales. El trastorno orgásmico femenino puede ocurrir en asociación con otras disfunciones sexuales (p. ej., trastorno del interés/excitación sexual femenina). La presencia de otra disfunción sexual no descarta el diagnóstico de trastorno orgásmico femenino. Las dificultades ocasionales del orgasmo que son de corta duración o poco frecuentes y que no van acompañadas de malestar o deterioro clínicamente significativos no se diagnostican como trastorno orgásmico femenino. Un diagnóstico tampoco es apropiado si los problemas son el resultado de una estimulación sexual inadecuada.

Comorbilidad Las mujeres con trastorno orgásmico femenino pueden tener dificultades concurrentes de interés/excitación sexual. Las mujeres con diagnóstico de otros trastornos mentales no sexuales, como el trastorno depresivo mayor, pueden experimentar un menor interés/excitación sexual, y esto puede aumentar indirectamente la probabilidad de tener dificultades para alcanzar el orgasmo.

Trastorno de excitación/interés sexual femenino

Criterios de diagnóstico F52.22

A. Falta de interés o excitación sexual, o una reducción significativa, manifestada por al menos al menos tres de los siguientes: 1.

Interés ausente o reducido en la actividad sexual.

2. Pensamientos o fantasías sexuales/eróticas ausentes/reducidas.
3. Iniciación nula o reducida de la actividad sexual y, por lo general, poco receptivo a los deseos de su pareja. intentos de iniciar.
4. Ausencia/disminución de la excitación/placer sexual durante la actividad sexual en casi todos o todos (aproximadamente 75%-100%) encuentros sexuales (en contextos situacionales identificados o, si es generalizado, en todos los contextos).
5. Interés/excitación sexual ausente/reducido en respuesta a cualquier actividad interna o externa. Señales sexuales/eróticas (p. ej., escritas, verbales, visuales).
6. Sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual en

Machine Translated by Google

casi todos o todos (aproximadamente 75%-100%) encuentros sexuales (en contextos situacionales identificados o, si es generalizado, en todos los contextos).

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante una duración mínima de aproximadamente 6 meses.

C. Los síntomas del Criterio A causan malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de un malestar grave en la relación (p. ej., violencia de pareja) u otros factores estresantes importantes y no es atribuible a los efectos de una sustancia/medicamento u otra afección médica.

Especifique si: De

por vida: La alteración ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo.

Adquirido: el trastorno comenzó después de un período de función sexual relativamente normal.

Especifique si:

Generalizado: No limitado a ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: solo ocurre con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especifique la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve por los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado por los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar severo o extremo por los síntomas del Criterio A.

Características diagnósticas Al

evaluar el trastorno de interés/excitación sexual femenina, se debe tener en cuenta el contexto interpersonal. Una "discrepancia de deseo", en la que una mujer tiene menor deseo de actividad sexual que su pareja, no es suficiente para diagnosticar un trastorno de interés/excitación sexual femenino. Para que se cumplan los criterios del trastorno, debe haber ausencia o frecuencia reducida o

intensidad de al menos tres de seis indicadores (Criterio A) durante una duración mínima de aproximadamente 6 meses (Criterio B). Puede haber diferentes perfiles de síntomas entre las mujeres, así como variabilidad en la forma en que se expresa el interés y la excitación sexual. Por ejemplo, en una mujer, el trastorno del interés/excitación sexual puede expresarse como una falta de interés en la actividad sexual, una ausencia de pensamientos eróticos o sexuales y una renuencia a iniciar la actividad sexual y responder a las invitaciones sexuales de su pareja. En otra mujer, las características principales pueden ser la incapacidad de excitarse sexualmente, la incapacidad de responder a los estímulos sexuales con deseo sexual y la correspondiente falta de signos de excitación sexual física. Las dificultades en el deseo y la excitación sexual también pueden ocurrir simultáneamente, ya que las mujeres con pérdida del deseo sexual pueden tener nueve veces más probabilidades de haber perdido también la excitación o la excitación sexual. Son comunes los cambios a corto plazo en el interés o la excitación sexual.

Machine Translated by Google

y pueden ser respuestas adaptativas a eventos en la vida de una mujer y no representan una disfunción sexual. El diagnóstico del trastorno del interés/excitación sexual femenina requiere una duración mínima de los síntomas de aproximadamente 6 meses como reflejo de que los síntomas deben ser un problema persistente. La estimación de la persistencia podrá determinarse mediante criterio clínico cuando no pueda determinarse con precisión una duración de 6 meses.

Puede haber una frecuencia o intensidad ausente o reducida del interés en la actividad sexual (Criterio A1), que anteriormente era el único criterio para el trastorno del deseo sexual hipoactivo; esta condición ahora está representada por el trastorno de excitación/interés sexual femenino. La frecuencia o intensidad de los pensamientos o fantasías sexuales y eróticas pueden estar ausentes o reducidas (Criterio A2). La expresión de las fantasías varía ampliamente entre las mujeres y puede incluir recuerdos de experiencias sexuales pasadas. Al evaluar este criterio se debe tener en cuenta la disminución normativa de los pensamientos sexuales con la edad. La ausencia o reducción de la frecuencia del inicio de la actividad sexual y de la receptividad a las invitaciones sexuales de la pareja (Criterio A3) es un criterio centrado en el comportamiento. Las creencias y preferencias de una pareja sobre los patrones de iniciación sexual son muy relevantes para la evaluación de este criterio. Puede haber ausencia o reducción de la excitación o placer sexual durante la actividad sexual en casi todos o en todos (aproximadamente 75%-100%) de los encuentros sexuales (Criterio A4). La falta de placer es una queja clínica común en mujeres con bajo deseo. Entre las mujeres que reportan un deseo sexual bajo, hay menos señales sexuales o eróticas que provoquen interés o excitación sexual (es decir, hay una falta de “deseo de respuesta”). La evidencia sugiere que puede haber al menos dos tipos de trastorno del interés/excitación sexual femenina: uno basado en una baja sensibilidad a las señales sexuales y un segundo basado en la sobreactivación de la inhibición sexual. La evaluación de la idoneidad de los estímulos sexuales ayudará a determinar si existe una dificultad para responder al deseo sexual (Criterio A5). La frecuencia o intensidad de las sensaciones genitales o no genitales durante la actividad sexual pueden estar reducidas o ausentes (Criterio A6). Esto puede incluir una reducción de la lubricación vaginal/ vasocongestión, pero debido a que las medidas fisiológicas de la respuesta sexual genital no diferencian a las mujeres que reportan preocupaciones sobre la excitación sexual de aquellas que no, el autoinforme de sensaciones genitales o no genitales reducidas o ausentes es suficiente.

Para realizar un diagnóstico de trastorno del interés/excitación sexual femenina, los síntomas del Criterio A deben ir acompañados de un malestar clínicamente significativo. El malestar se puede experimentar como resultado de la falta de interés/excitación sexual o como resultado de una interferencia significativa en la vida de una mujer. vida y bienestar. Si la falta de deseo sexual durante toda la vida se explica mejor por la autoidentificación como “asexual”, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno del interés/excitación sexual femenina.

Funciones asociadas

El trastorno de interés/excitación sexual femenino se asocia frecuentemente con problemas para experimentar el orgasmo, dolor experimentado durante la actividad sexual, actividad sexual poco frecuente y discrepancias en el deseo a nivel de pareja. Las dificultades en las relaciones, el estrés crónico y los trastornos del estado de ánimo también son características frecuentemente asociadas al trastorno del interés/excitación sexual femenina. Expectativas y normas poco realistas respecto del nivel “apropiado” de sexualidad.

El interés o la excitación, junto con técnicas sexuales deficientes y la falta de información sobre la sexualidad, también pueden ser evidentes en mujeres diagnosticadas con trastorno de interés/excitación sexual femenina. Este último,

Machine Translated by Google

así como las creencias normativas sobre los roles de género, son factores importantes a considerar.

Además de los subtipos “de por vida/adquirido” y “generalizado/situacional”, se deben considerar los siguientes cinco factores durante la evaluación y el diagnóstico del trastorno del interés/excitación sexual femenina, dado que pueden ser relevantes para la etiología y/o el tratamiento: 1) factores de la pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja, estado de salud de la pareja, angustia relacionada con la pareja); 2) factores de relación (p. ej., mala comunicación, discrepancias en el deseo de actividad sexual; duración de la relación); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., mala imagen corporal, antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores estresantes (p. ej., pérdida del empleo, duelo); 4) factores culturales/religiosos (p. ej., inhibiciones relacionadas con prohibiciones contra la actividad sexual; actitudes hacia la sexualidad); y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, curso o tratamiento. Tenga en cuenta que cada uno de estos factores puede contribuir de manera diferente a los síntomas que presentan diferentes mujeres con este trastorno.

Predominio

Aproximadamente el 30% de las mujeres experimentan un bajo deseo crónico, aproximadamente la mitad de ellas experimentan angustia significativa relacionada con su pareja y una cuarta parte experimenta angustia personal. La prevalencia del bajo deseo sexual y de los problemas de excitación sexual (con y sin malestar asociado) puede variar notablemente en relación con la edad, el contexto cultural, la duración de los síntomas y la presencia de malestar. En cuanto a la duración de los síntomas, existen diferencias sorprendentes en las estimaciones de prevalencia entre los problemas a corto plazo y los persistentes relacionados con la falta de interés sexual. Cuando se requiere angustia por el funcionamiento sexual, las estimaciones de prevalencia son notablemente más bajas. Aunque existe una fuerte relación entre el bajo deseo y la edad, la prevalencia de angustia relacionada con el sexo asociada con el bajo deseo disminuye a medida que las mujeres envejecen.

Desarrollo y evolución

Por definición, el trastorno de interés/excitación sexual femenino de por vida sugiere que la falta de interés o excitación sexual ha estado presente durante toda la vida sexual de la mujer. Para los criterios A3, A4 y A6, que evalúan el funcionamiento durante la actividad sexual, un subtipo de duración significaría la presencia de síntomas desde las primeras experiencias sexuales del individuo. El subtipo adquirido se asignaría si las dificultades con el interés o la excitación sexual se desarrollaran después de un período de funcionamiento sexual no problemático. Los cambios adaptativos y normativos en el funcionamiento sexual pueden ser el resultado de eventos personales, interpersonales o relacionados con la pareja y pueden ser de naturaleza transitoria.
Sin embargo, la persistencia de los síntomas durante aproximadamente 6 meses o más constituiría una disfunción sexual.

Hay cambios normativos en el interés y la excitación sexual a lo largo de la vida. Además, las mujeres en relaciones de mayor duración tienen más probabilidades de declarar tener relaciones sexuales a pesar de no tener sentimientos evidentes de deseo sexual al comienzo de un encuentro sexual, en comparación con las mujeres en relaciones de menor duración. La sequedad vaginal en mujeres mayores está relacionada con la edad y la menopausia estado.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los factores temperamentales incluyen cogniciones y actitudes negativas sobre la sexualidad y antecedentes de trastornos mentales. Diferencias en la propensión a la excitación sexual y sexual.

Machine Translated by Google

La inhibición también puede predecir la probabilidad de desarrollar problemas sexuales.

Ambiental. Los factores ambientales incluyen dificultades en las relaciones, funcionamiento sexual de la pareja e historial de desarrollo, como las relaciones tempranas con los cuidadores y los factores estresantes de la infancia.

Genético y fisiológico. Algunas afecciones médicas (p. ej., diabetes mellitus, disfunción tiroidea) pueden ser factores de riesgo para el trastorno del interés/excitación sexual femenina. Parece haber una fuerte influencia de factores genéticos sobre la vulnerabilidad a los problemas sexuales en las mujeres. La investigación psicofisiológica que utiliza fotopletismografía vaginal no ha encontrado diferencias entre mujeres con y sin percepción de falta de excitación genital.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

Existe una marcada variabilidad en las tasas de prevalencia reportadas de bajo deseo en todas las regiones del mundo, que van del 26% al 43%. Algunos grupos etnoraciales y de inmigrantes han informado de bajos niveles de deseo sexual. Aunque los niveles más bajos de deseo y excitación sexual reportados pueden reflejar un menor interés en el sexo, tales diferencias grupales pueden ser un artefacto de las medidas utilizadas para cuantificar el deseo y de factores culturales que afectan la respuesta, como la conveniencia de reportar actividad sexual por parte de personas no casadas, menopáusicas, o mujeres viudas. Un juicio sobre si el bajo deseo sexual reportado por una mujer de cierto origen etnocultural cumple con los criterios de trastorno de interés/excitación sexual femenina debe tener en cuenta el hecho de que diferentes grupos culturales pueden variar en normas y expectativas de comportamiento sexual.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Por definición, el diagnóstico de trastorno de interés/excitación sexual femenino sólo se realiza a las mujeres. Las dificultades angustiosas con el deseo sexual en los hombres se considerarían bajo el trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino. No hay datos que demuestren que las tasas o expresiones del trastorno de interés/excitación sexual femenina difieran entre mujeres heterosexuales y lesbianas.

Asociación con pensamientos o comportamiento suicidas

Las disfunciones de la excitación y la satisfacción sexual se han asociado con pensamientos suicidas entre mujeres veteranas y miembros del servicio militar, incluso después de realizar ajustes por probable trastorno de estrés postraumático, probable depresión, antecedentes de despliegue militar, estado civil, edad, servicio en el ejército y carrera.

Consecuencias funcionales del trastorno del interés/excitación sexual femenina

Las dificultades en el interés/excitación sexual a menudo se asocian con una disminución de la satisfacción en la relación.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales no sexuales. Los trastornos mentales no sexuales, como el trastorno depresivo mayor, en el que hay “un interés o placer notablemente disminuido en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días”, pueden explicar la falta de interés/excitación sexual. Si la falta de interés

Machine Translated by Google

o la excitación es completamente atribuible a otro trastorno mental, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno del interés/excitación sexual femenina.

Uso de sustancias/medicamentos. Un inicio de dificultades en el deseo o la excitación que coincide con el inicio del uso de la sustancia/medicamento y que se disipa con la interrupción de la sustancia/medicamento o la reducción de la dosis sugiere una disfunción sexual inducida por la sustancia/medicamento, que debe diagnosticarse en lugar de disfunción sexual femenina. Trastorno de interés/excitación sexual.

Otra condición médica. Si se considera que los síntomas sexuales están asociados casi exclusivamente con los efectos de otra afección médica (p. ej., diabetes mellitus,

enfermedad endotelial, disfunción tiroidea, enfermedad del sistema nervioso central), entonces no se haría un diagnóstico de trastorno del interés/excitación sexual femenina.

Factores interpersonales. Si factores interpersonales o contextuales significativos, como problemas graves en las relaciones, violencia de pareja u otros factores estresantes importantes, explican los síntomas de interés/excitación sexual, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno de interés/excitación sexual femenino.

Otras disfunciones sexuales. La presencia de otra disfunción sexual no descarta un diagnóstico de trastorno de interés/excitación sexual femenina. Es común que las mujeres experimenten más de una disfunción sexual. Por ejemplo, la presencia de dolor genital crónico puede provocar una falta de deseo por la (dolorosa) actividad sexual. La falta de interés y excitación durante la actividad sexual puede afectar la capacidad orgásmica. Para algunas mujeres, todos los aspectos de la respuesta sexual pueden resultar insatisfactorios y angustiosos.

Estímulos sexuales inadecuados o ausentes. Cuando se consideran diagnósticos diferenciales, es importante evaluar la adecuación de los estímulos sexuales dentro de la experiencia sexual de la mujer. En los casos en que los estímulos sexuales inadecuados o ausentes contribuyan al cuadro clínico, puede haber evidencia para la atención clínica, pero no se haría un diagnóstico de disfunción sexual. De manera similar, en el diagnóstico diferencial se deben considerar las alteraciones transitorias y adaptativas en el funcionamiento sexual que son secundarias a un evento personal o vital significativo.

Comorbilidad La

comorbilidad entre problemas de interés/excitación sexual y otras dificultades sexuales es extremadamente común. La angustia sexual y la insatisfacción con la vida sexual también están altamente correlacionadas en mujeres con bajo deseo sexual. El bajo deseo angustioso se asocia con depresión, problemas de tiroides, ansiedad, incontinencia urinaria y otros factores médicos. La artritis y la enfermedad inflamatoria o del intestino irritable también se asocian con problemas de excitación sexual. El bajo deseo parece ser comórbido con depresión, abuso físico y sexual en la edad adulta y consumo de alcohol.

Dolor genitopélvico/trastorno de penetración

Criterios de diagnóstico	F52.6

Machine Translated by Google

A. Dificultades persistentes o recurrentes con uno (o más) de los siguientes: 1. Penetración vaginal durante el coito.

2. Dolor vulvovaginal o pélvico marcado durante el coito o la penetración vaginal intentos.

3. Miedo o ansiedad marcados por el dolor vulvovaginal o pélvico en anticipación de, durante o como resultado de la penetración vaginal.

4. Tensión o endurecimiento marcado de los músculos del suelo pélvico durante el intento. penetración vaginal.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante una duración mínima de aproximadamente 6 meses.

C. Los síntomas del Criterio A causan malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una relación conflictiva grave (p. ej., violencia de pareja) u otros factores estresantes importantes y no es atribuible a los efectos de una sustancia/medicamento u otra afección médica.

Especifique si: De por vida: La alteración ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo.

Adquirido: el trastorno comenzó después de un período de función sexual relativamente normal.

Especifique la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve por los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado por los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar severo o extremo por los síntomas del Criterio A.

Características diagnósticas El trastorno de dolor/penetración genitopélvico se refiere a cuatro dimensiones de síntomas comúnmente comórbidos: 1) dificultad para tener relaciones sexuales, 2) dolor genitopélvico, 3) miedo al dolor o a la penetración vaginal y 4) tensión de los músculos del suelo pélvico (Criterio A). Debido a que una dificultad importante en cualquiera de estas dimensiones de los síntomas suele ser suficiente para causar un malestar clínicamente significativo, se puede hacer un diagnóstico sobre la base de una dificultad marcada en una sola dimensión de los síntomas. Sin embargo, se deben evaluar las cuatro dimensiones de los síntomas incluso si se puede hacer un diagnóstico basándose en una sola dimensión de los síntomas.

La dificultad marcada para tener relaciones sexuales/penetración vaginal (Criterio A1) puede variar desde una incapacidad total para experimentar la penetración vaginal en cualquier situación (p. ej., relaciones sexuales, exámenes ginecológicos, inserción de tampones) hasta la capacidad de experimentar fácilmente la penetración en una situación pero no en otra. Aunque la situación clínica más común es cuando una mujer es incapaz de

Machine Translated by Google

Si experimenta relaciones sexuales o penetración con su pareja, también pueden presentarse dificultades para someterse a los exámenes ginecológicos requeridos. El dolor vulvovaginal o pélvico marcado durante el coito vaginal o los intentos de penetración (Criterio A2) se refiere al dolor que ocurre en diferentes lugares del área genitopélvica. Se debe evaluar la ubicación del dolor y su intensidad.
Normalmente, el dolor puede caracterizarse como superficial (vulvovaginal o que ocurre durante la penetración) o profundo (pélvico; es decir, no se siente hasta una penetración más profunda). La intensidad del dolor a menudo no está relacionada linealmente con la angustia o la interferencia con la penetración vaginal u otras actividades sexuales. Algunos dolores genitopélvicos sólo ocurren cuando se los provoca (es decir, mediante relaciones sexuales o estimulación mecánica); Otros dolores genitopélvicos pueden ser tanto espontáneos como provocados. El dolor genitopélvico también puede caracterizarse cualitativamente de manera útil (p. ej., “ardor”, “cortante”, “punzante”, “palpitante”). El dolor puede persistir durante un período después de completar el coito y también puede ocurrir al orinar. Normalmente, el dolor experimentado durante el coito vaginal puede reproducirse durante un examen ginecológico.

Las mujeres que regularmente han experimentado dolor durante la penetración vaginal reportan un miedo o ansiedad marcados por el dolor vulvovaginal o pélvico, ya sea en anticipación, durante o como resultado de la penetración vaginal (Criterio A3). Esta reacción "normal" puede llevar a evitar situaciones sexuales/íntimas. En otros casos, este miedo marcado no parece estar estrechamente relacionado con la experiencia de dolor pero, no obstante, conduce a evitar situaciones de coito y penetración vaginal. Algunos han descrito esto como similar a una reacción fóbica excepto que el objeto fóbico puede ser la penetración vaginal o el miedo al dolor.

La marcada tensión o tensión de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal (Criterio A4) puede variar desde un espasmo reflejo del suelo pélvico en respuesta al intento de entrada vaginal hasta una defensa muscular “normal/voluntaria” en respuesta a la penetración anticipada o repetida. experiencia de dolor o miedo o ansiedad. En el caso de reacciones “normales/de guardia”, la penetración puede ser posible en circunstancias de relajación. La caracterización y evaluación de la disfunción del suelo pélvico suele ser mejor realizada por un ginecólogo especialista o por un fisioterapeuta del suelo pélvico.

Los síntomas del trastorno de penetración/dolor genitopélvico pueden caracterizarse por antecedentes términos, que incluyen dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales) y vaginismo (definido por

contracción involuntaria de los músculos que hace que la penetración sea dolorosa o imposible). Los trastornos médicos específicos, como la vulvodinia (dolor vulvar idiopático crónico que dura al menos 3 meses) y la vestibulodinia provocada (vulvodinia inducida por contacto localizada en el vestíbulo vulvar), pueden ser una causa principal de dolor/trastorno de penetración genitopélvico y pueden ser una centrarse en los estudios del trastorno. Las mujeres diagnosticadas con estas otras afecciones informan un malestar significativo y es probable que sus síntomas cumplan con los criterios de dolor genitopélvico/trastorno de penetración.

Funciones asociadas

El trastorno de penetración/dolor genitopélvico se asocia frecuentemente con otras disfunciones sexuales, en particular con una reducción del deseo e interés sexual (trastorno de excitación/interés sexual femenino).
En ocasiones el deseo y el interés se conservan en situaciones sexuales que no son dolorosas o no requieren penetración. Incluso cuando las personas con dolor genitopélvico/trastorno de penetración informan

Machine Translated by Google

interés/motivación sexual, a menudo hay una conducta de evitación de situaciones y oportunidades sexuales. También es frecuente evitar los exámenes ginecológicos a pesar de las recomendaciones médicas. El patrón de evitación es similar al observado en los trastornos fóbicos. Es común que las mujeres que no han logrado la penetración vaginal acudan a recibir tratamiento sólo cuando desean concebir. Muchas mujeres con dolor genitopélvico/trastorno de penetración experimentarán problemas de relación/maritales asociados; También suelen informar que los síntomas disminuyen significativamente sus sentimientos de feminidad.

Además del subtipo “de por vida/adquirido”, se deben considerar cinco factores durante la evaluación y el diagnóstico del trastorno de penetración/dolor genitopélvico porque pueden ser relevantes para la etiología o el tratamiento: 1) factores de la pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja, Estado de salud); 2) factores de relación (p. ej., respuestas de la pareja al dolor, incluidas respuestas solícitas, negativas y facilitadoras; discrepancias en el deseo de actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., mala imagen corporal, antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores estresantes (p. ej., pérdida del empleo, duelo); 4) factores culturales/religiosos (p. ej., inhibiciones relacionadas con prohibiciones contra la actividad sexual; actitudes hacia la sexualidad); y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, curso o tratamiento. Cada uno de estos factores puede contribuir de manera diferente a los síntomas que presentan diferentes mujeres con este trastorno.

Predominio

Se desconoce la prevalencia del trastorno de penetración/dolor genitopélvico. Sin embargo, aproximadamente entre el 10% y el 28% de las mujeres en edad reproductiva en los Estados Unidos informan dolor recurrente durante las relaciones sexuales. Las dificultades para tener relaciones sexuales parecen ser una derivación frecuente a clínicas de disfunción sexual y a médicos especialistas. A nivel internacional, la prevalencia del dolor genitopélvico durante las relaciones sexuales oscila entre el 8% y el 28% entre las mujeres en edad reproductiva y varía según el país.

La prevalencia del dolor genitopélvico durante actividades sexuales que implican penetración vaginal entre mujeres lesbianas en comparación con mujeres heterosexuales sigue siendo incierta, pero puede ser similar o menor. Se desconocen las tasas de prevalencia entre otras minorías sexuales, incluidas las mujeres transgénero.

Desarrollo y evolución

El desarrollo y la evolución del trastorno de penetración/dolor genitopélvico no están claros. Debido a que las mujeres generalmente no buscan tratamiento hasta que experimentan problemas en el funcionamiento sexual, puede, en general, ser difícil caracterizar el trastorno de dolor/penetración genitopélvico como de por vida (primario) o adquirido (secundario). Aunque las mujeres suelen acudir a la atención clínica después del inicio de la actividad sexual, a menudo hay signos clínicos más tempranos. Por ejemplo, la dificultad o evitar el uso de tampones es un predictor importante de un futuro

problemas. Las dificultades con la penetración vaginal (incapacidad, miedo o dolor) pueden no ser obvias hasta que se intenta tener relaciones sexuales durante la actividad sexual. Incluso una vez que se intenta tener relaciones sexuales, la frecuencia de los intentos puede no ser significativa o regular. En los casos en los que es difícil establecer si la sintomatología es de por vida o adquirida, es útil determinar la presencia de cualquier período constante de relaciones sexuales exitosas sin dolor, miedo ni tensión. Si la experiencia de tal

Machine Translated by Google

Se puede establecer un período, luego el trastorno de dolor/penetración genitopélvico se puede caracterizar como adquirido. Una vez que la sintomatología está presente durante un período de aproximadamente 6 meses, la probabilidad de una remisión sintomática espontánea y significativa parece disminuir.

Las quejas relacionadas con el dolor genitopélvico alcanzan su punto máximo durante la edad adulta temprana y en el período peri y posmenopáusico. También puede haber un aumento de los síntomas relacionados con el dolor genitopélvico en el período posparto.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Temperamental.

Las mujeres con antecedentes de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad tienen cuatro veces más probabilidades de desarrollar síntomas de dolor genitopélvico/trastorno de penetración en comparación con aquellas sin estos antecedentes. Los factores psicosociales (p. ej., catastrofismo del dolor, autoeficacia ante el dolor, evitación del dolor, estado de ánimo negativo) y factores interpersonales (p. ej., apego inseguro, respuestas negativas de la pareja al dolor, motivos sexuales que se centran en evitar resultados negativos en la relación) pueden exacerbar y mantener síntomas.

Ambiental.

Las mujeres con dolor genitopélvico/trastorno de penetración tienen más probabilidades de informar antecedentes de abuso sexual y/o físico y miedo al abuso que las mujeres sin este trastorno, aunque no todas las mujeres con síntomas presentan estos antecedentes.

Genético y fisiológico.

Las mujeres que experimentan dolor superficial durante la penetración vaginal a menudo informan que el dolor aparece después de antecedentes de infecciones vaginales. Incluso después de que las infecciones se han resuelto y no se conocen hallazgos físicos residuales, el dolor persiste. El dolor durante la inserción del tampón o la incapacidad de insertar tampones antes de intentar cualquier contacto sexual es un factor de riesgo importante para el trastorno de dolor/penetración genitopélvico.

Los factores de riesgo biomédicos adicionales incluyen pubertad temprana, inflamación, uso temprano de anticonceptivos orales, proliferación de receptores del dolor vulvar (es decir, aumento en el número de receptores) y sensibilización (es decir, el tacto puede percibirse como dolor) y umbrales más bajos de tacto y dolor.

Las anomalías de los músculos del suelo pélvico en reposo, incluida la hipertonicidad, el control muscular deficiente, la hipersensibilidad y la contractilidad alterada, pueden cerrar el hiato vaginal e interferir con la penetración.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Los contextos culturales pueden afectar la experiencia y la notificación del dolor genitopélvico relacionado con las relaciones sexuales. Las mujeres afectadas experimentan implicaciones negativas relacionadas con las narrativas sociales de la feminidad, la sexualidad y la feminidad, incluidas presiones para priorizar el deseo sexual de los hombres y el sexo con penetración, y representaciones del sexo como algo fácil y natural. Las opiniones culturales que devalúan la experiencia sexual femenina pueden afectar la forma en que las mujeres interpretan la experiencia del dolor durante las relaciones sexuales, sus opciones de búsqueda de ayuda y cómo discuten sus síntomas con sus cuidadores. Por ejemplo, es posible que algunas mujeres no informen específicamente sobre dolor genitopélvico, sino que se refieran a ser infelices en sus matrimonios.

En los Estados Unidos, las mujeres hispanas respaldan tasas significativamente más altas de dolor genitopélvico y son más propensas a informar dolor en la primera relación sexual (es decir, dolor genitopélvico primario/trastorno de penetración) en comparación con las mujeres no hispanas. En una encuesta de Minneapolis, Minnesota, sólo alrededor de la mitad de las mujeres con dolor genitopélvico buscaron tratamiento, y aquellas que lo hicieron informaron con frecuencia que se sentían estigmatizadas. Estas experiencias pueden intensificarse para

Machine Translated by Google

minorías sexuales y grupos étnicos y racializados desatendidos, especialmente dada la evidencia de desigualdades en el tratamiento del dolor para mujeres y afroamericanos.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Las construcciones sociales de género relacionadas con la feminidad y la feminidad están implicadas en la experiencia del dolor genitopélvico/trastorno de penetración, incluida la priorización tanto del sexo con penetración como de los deseos sexuales de los hombres por encima de las propias necesidades y deseos de las mujeres. El trastorno se asocia con sentimientos de vergüenza e incapacidad como mujer, lo que contribuye aún más a aumentar la angustia psicológica.

Por definición, el diagnóstico de dolor genitopélvico/trastorno de penetración solo se realiza en mujeres. Hay investigaciones relativamente nuevas sobre el síndrome de dolor pélvico crónico urológico en hombres, lo que sugiere que los hombres pueden experimentar algunos problemas similares. Se estima que la prevalencia del dolor genitopélvico masculino es del 2,2% al 9,7% en todo el mundo. La investigación y la experiencia clínica aún no están suficientemente desarrolladas para justificar la aplicación de este diagnóstico a los hombres. Se pueden diagnosticar otras disfunciones sexuales especificadas o no especificadas en hombres que parecen ajustarse a este patrón.

Marcadores de diagnóstico

Las medidas fisiológicas validadas de los síntomas del Criterio A2 (dolor vulvovaginal o pélvico marcado durante el coito vaginal o los intentos de penetración) se pueden evaluar en tiempo real (p. ej., prueba con hisopo de algodón, vulvalgesiómetro, prueba con tampón). Aunque estas medidas están bien validadas para la intensidad del dolor durante los intentos de penetración, ninguna se aproxima al contexto sexual en el que se experimenta el dolor, que sólo puede evaluarse mediante el autoinforme. Los síntomas del Criterio A4 (tensión marcada o endurecimiento de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal) también se pueden medir (p. ej., mediante amplitud electromiográfica, dinamómetro, ultrasonido 4D por parte de un fisioterapeuta calificado). No existen medidas fisiológicas validadas de los síntomas componentes para el Criterio A1 o A3. Se pueden utilizar inventarios psicométricos validados para evaluar formalmente los componentes del dolor y la ansiedad relacionados con el dolor genitopélvico o el trastorno de penetración.

Consecuencias funcionales del trastorno de penetración/dolor genitopélvico

Las dificultades funcionales en el trastorno de penetración/dolor genitopélvico a menudo se asocian con interferencias en diversos aspectos de la relación romántica, incluido el inicio de tales relaciones, y a veces con la capacidad de concebir a través del pene/trastorno de penetración. relaciones vaginales.

Diagnóstico diferencial

Otra condición médica.

En muchos casos, a las mujeres con dolor genitopélvico/trastorno de penetración también se les diagnosticará otra afección médica (p. ej., liquen escleroso, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, síndrome genitourinario de la menopausia). En algunos casos, el tratamiento de la afección médica puede aliviar el dolor genitopélvico o el trastorno de penetración.

La mayor parte del tiempo, este no es el caso. No existen herramientas ni métodos de diagnóstico confiables que permitan a los médicos saber si la afección médica o el dolor/trastorno de penetración genitopélvico es

Machine Translated by Google

primario. A menudo, las condiciones médicas asociadas son difíciles de diagnosticar y tratar. Por ejemplo, la mayor incidencia de dolor posmenopáusico durante las relaciones sexuales a veces puede atribuirse a la sequedad o irritación vaginal asociada con la disminución de los niveles de estrógeno. Sin embargo, no se comprende bien la relación entre los síntomas genitales, los estrógenos y el dolor.

Síntoma somático y trastornos relacionados. A algunas mujeres con dolor genitopélvico/trastorno de penetración también se les puede diagnosticar un trastorno de síntomas somáticos. Dado que tanto el trastorno de dolor/penetración genitopélvico como los síntomas somáticos y los trastornos relacionados son diagnósticos nuevos en el DSM-5, aún no está claro si se pueden diferenciar de manera confiable. A algunas mujeres diagnosticadas con dolor genitopélvico/trastorno de penetración también se les diagnosticará una fobia específica.

Estímulos sexuales inadecuados. Es importante que el médico, al considerar el diagnóstico diferencial, evalúe la idoneidad de los estímulos sexuales dentro de la experiencia sexual de la mujer. Las situaciones sexuales en las que los juegos previos o la excitación son inadecuados pueden provocar dificultades en la penetración, dolor o evitación. La disfunción eréctil o la eyaculación precoz (temprana) en la pareja masculina pueden provocar dificultades con la penetración. Estas condiciones deben evaluarse cuidadosamente. En algunas situaciones, un diagnóstico de dolor genitopélvico/trastorno de penetración puede no ser apropiado.

Comorbilidad La comorbilidad entre el dolor genitopélvico/trastorno de penetración y otras dificultades sexuales parece ser común. La comorbilidad con la angustia en las relaciones también es común y generalmente se relaciona con la falta de intimidad sexual más que (únicamente) con el dolor en sí. Esto no es sorprendente, porque la incapacidad de tener relaciones sexuales (sin dolor) con la pareja deseada y la evitación de oportunidades sexuales pueden ser un factor que contribuye o el resultado de otros problemas sexuales o de relación. Debido a que los síntomas del suelo pélvico están implicados en el diagnóstico del trastorno de dolor/penetración genitopélvico, es probable que haya una mayor prevalencia de otros trastornos relacionados con el suelo pélvico o los órganos reproductivos (p. ej., cistitis intersticial, estreñimiento, infección vaginal, endometriosis, síndrome del intestino irritable). Las mujeres con dolor genitopélvico/trastorno de penetración frecuentemente experimentan condiciones de dolor crónico comórbido (p. ej., fibromialgia, dolores de cabeza crónicos), y la prevalencia de estas comorbilidades aumenta con la gravedad de los síntomas de dolor vulvar.

Las mujeres lesbianas también refieren dolor genitopélvico y dificultades de penetración durante las actividades sexuales; Se ha demostrado que la frecuencia de síntomas de dolor/penetración genitopélvica entre mujeres no heterosexuales es menor o igual que entre mujeres heterosexuales.

Trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino

Criterios de diagnóstico	F52.0

A. Pensamientos o fantasías sexuales/eróticas persistentes o recurrentes deficientes (o ausentes) y deseo de actividad sexual. El juicio de deficiencia se hace por

Machine Translated by Google

el médico, teniendo en cuenta factores que afectan el funcionamiento sexual, como la edad y los contextos generales y socioculturales de la vida del individuo.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante una duración mínima de aproximadamente 6 meses.

C. Los síntomas del Criterio A causan malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una relación conflictiva grave u otros factores estresantes significativos y no es atribuible a los efectos de una sustancia/medicamento u otra condición médica.

Especifique si: De por

vida: La alteración ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo.

Adquirido: el trastorno comenzó después de un período de función sexual relativamente normal.

Especifique si:

Generalizado: No limitado a ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: solo ocurre con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especifique la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve por los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado por los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar severo o extremo por los síntomas del Criterio A.

Características diagnósticas

Cuando se realiza una evaluación del trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino, se debe tener en cuenta el contexto interpersonal. Una “discrepancia en el deseo”, en la que un hombre tiene menor deseo de actividad sexual que su pareja, no es suficiente para diagnosticar el trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino. Para diagnosticar el trastorno se requieren tanto un deseo sexual bajo o ausente como pensamientos o fantasías sexuales deficientes o ausentes (Criterio A). Puede haber variaciones entre los hombres en la forma en que se expresa el deseo sexual.

La falta de deseo sexual y los pensamientos o fantasías eróticas deficientes/ausentes deben ser persistentes o recurrentes y deben ocurrir durante una duración mínima de aproximadamente 6 meses. La inclusión de este criterio de duración tiene como objetivo proteger contra la realización de un diagnóstico en los casos en que el bajo deseo sexual de un hombre pueda representar una respuesta reactiva pero temporal a condiciones de vida adversas. Por ejemplo, el bajo deseo sexual del hombre puede estar relacionado con un factor estresante agudo o una pérdida de autoestima (por ejemplo, ser despedido de un trabajo o experimentar dificultades financieras como el fracaso de un negocio). Si estos factores estresantes persisten más de 6 meses junto con un deseo sexual bajo, entonces el criterio del médico determina la idoneidad del diagnóstico de trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino.

Machine Translated by Google

Funciones asociadas

El trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino a veces se asocia con problemas de erección y/o eyaculación. Por ejemplo, las dificultades persistentes para lograr una erección pueden hacer que un hombre pierda interés en la actividad sexual. Los hombres con trastorno del deseo sexual hipoactivo a menudo informan que ya no inician la actividad sexual y que son mínimamente receptivos al intento de su pareja de iniciarla. A veces pueden ocurrir actividades sexuales (p. ej., masturbación o actividad sexual en pareja) incluso en presencia de un deseo sexual bajo. Se deben tener en cuenta las preferencias específicas de la relación con respecto a los patrones de iniciación sexual al realizar un diagnóstico de trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino. Aunque es más probable que los hombres inicien la actividad sexual y, por tanto, el bajo deseo puede caracterizarse por un patrón de no iniciación, muchos hombres pueden preferir que su pareja inicie la actividad sexual. En tales situaciones, se debe considerar la falta de receptividad del hombre a la iniciación de su pareja al evaluar el bajo deseo.

Además de los subtipos “de por vida/adquirido” y “generalizado/situacional”, se deben considerar los siguientes cinco factores durante la evaluación y el diagnóstico del trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino, dado que pueden ser relevantes para la etiología y/o el tratamiento: 1) pareja factores (p. ej., problemas sexuales de la pareja, estado de salud de la pareja); 2) factores de relación (p. ej., mala comunicación, discrepancias en el deseo de actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., mala imagen corporal, antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores estresantes (p. ej., pérdida del empleo, duelo); 4) factores culturales/religiosos (p. ej., inhibiciones relacionadas con prohibiciones contra la actividad sexual; actitudes hacia la sexualidad); y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, curso o tratamiento. Cada uno de estos factores puede contribuir de manera diferente a los síntomas que presentan diferentes hombres con este trastorno.

Predominio

La prevalencia del trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino varía según el país de origen y el método de evaluación. Las estimaciones de prevalencia en muestras representativas varían

del 3% al 17%. Los problemas de deseo sexual son menos comunes en los hombres más jóvenes (de 16 a 24 años), con tasas de prevalencia de entre el 3% y el 14%, en comparación con los hombres de mayor edad (de 60 a 74 años), con tasas de prevalencia de entre el 16% y el 28%. Sin embargo, una falta de interés persistente en el sexo, que dura 6 meses o más, afecta a una proporción menor de hombres (6%). Además, menos del 2% de los hombres reportan malestar clínicamente significativo asociado con un bajo deseo. Los estudios sobre el comportamiento de búsqueda de ayuda indican que sólo el 10,5% de los hombres con problemas sexuales durante el año anterior buscaron ayuda.

Desarrollo y curso

Por definición, el trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino de por vida indica que siempre ha estado presente un deseo sexual bajo o nulo, mientras que el subtipo adquirido se asignaría si el deseo sexual bajo del hombre se desarrollara después de un período de deseo sexual normal. Existe el requisito de que el bajo deseo persista durante aproximadamente 6 meses o más; por lo tanto, los cambios a corto plazo en el deseo sexual no deben diagnosticarse como trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino.

Existe una disminución normativa del deseo sexual relacionada con la edad. La prevalencia del bajo deseo sexual en los hombres aumenta con la edad, desde aproximadamente el 5,2% a los 27 años hasta el 18,5% a la edad.

Machine Translated by Google

50 años. Al igual que las mujeres, los hombres identifican una variedad de desencadenantes de su deseo sexual y describen una amplia gama de razones por las que eligen participar en la actividad sexual. Aunque las señales visuales eróticas pueden ser provocadores de deseo más potentes en hombres más jóvenes, la potencia de las señales sexuales puede disminuir con la edad y debe tenerse en cuenta al evaluar a los hombres para detectar un trastorno del deseo sexual hipoactivo.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad parecen ser fuertes predictores de bajo deseo en los hombres. Hasta la mitad de los hombres con antecedentes de síntomas psiquiátricos pueden tener una pérdida moderada o grave del deseo, en comparación con sólo el 15% de los que no tienen dichos antecedentes. Los sentimientos de un hombre sobre sí mismo, su percepción del deseo sexual de su pareja hacia él, los sentimientos de estar conectado emocionalmente y las variables contextuales pueden afectar negativamente (y también positivamente) el deseo sexual.

Las creencias sobre la sexualidad (particularmente las actitudes sexuales restrictivas y las creencias conservadoras) se asocian comúnmente con un bajo deseo sexual en los hombres. Además, la falta de pensamientos eróticos y las preocupaciones sobre la erección durante la actividad sexual son predictores importantes de un bajo deseo sexual, así como de bajos niveles de confianza en la función eréctil.

Ambiental. El consumo de alcohol puede aumentar la aparición de bajo deseo. Otros determinantes ambientales del bajo deseo sexual incluyen relaciones diádicas problemáticas, atracción reducida hacia la pareja, vivir en una relación a largo plazo, aburrimiento sexual y estrés profesional. A nivel social más amplio, los estudios de cohortes realizados en unos pocos países de altos ingresos indican una tendencia hacia la disminución del deseo sexual en los hombres en las últimas décadas.

Genético y fisiológico. Los trastornos endocrinos como la hiperprolactinemia y el hipogonadismo afectan significativamente el deseo sexual en los hombres. La edad es un factor de riesgo importante para el bajo deseo en los hombres. No está claro si los hombres con bajo deseo también tienen niveles anormalmente bajos de testosterona; sin embargo, entre los hombres con hipogonadismo es común el bajo deseo. También puede haber un umbral crítico por debajo del cual la testosterona afectará el deseo sexual en los hombres y por encima del cual la testosterona tiene poco efecto sobre el deseo de los hombres.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura Existe una marcada variabilidad en las tasas de prevalencia del bajo deseo en las regiones del mundo, que van desde el 12,5% en hombres del norte de Europa hasta el 28% en hombres del sudeste asiático de entre 40 y 80 años. La angustia por la falta de deseo sexual se asoció significativamente con los contextos socioculturales (p. ej., estrés ocupacional) en una encuesta basada en la web en tres países europeos (Portugal, Croacia y Noruega).

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género En contraste con la clasificación de las disfunciones sexuales en las mujeres, los trastornos del deseo y la excitación se han mantenido como constructos separados en los hombres. A pesar de algunas similitudes en la experiencia del deseo entre hombres y mujeres, y del hecho de que el deseo fluctúa con el tiempo y depende de factores contextuales, los hombres reportan una intensidad y frecuencia significativamente mayores del deseo sexual.

Machine Translated by Google

en comparación con las mujeres. Sin embargo, los datos preliminares sugieren que la superposición entre el deseo sexual y la excitación sexual (función eréctil) también es muy común en los hombres, particularmente cuando buscan ayuda con respecto a problemas sexuales. En cuanto a la orientación sexual, los datos sugieren que el bajo deseo sexual es más comúnmente reportado por hombres homosexuales (19%) que por hombres heterosexuales (9%).

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales no sexuales. Los trastornos mentales no sexuales, como el trastorno depresivo mayor, que se caracteriza por "una marcada disminución del interés o del placer en todas o casi todas las actividades", pueden explicar la falta de deseo sexual. Si la falta de deseo se explica mejor por otro trastorno mental, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino.

Uso de sustancias/medicamentos. Un inicio de deseo sexual masculino hipoactivo que coincide con el inicio del uso de una sustancia o medicamento y que se disipa con la interrupción de la sustancia o el medicamento o la reducción de la dosis sugiere una disfunción sexual inducida por una sustancia o medicamento, que debe diagnosticarse en lugar de una disfunción sexual masculina hipoactiva. trastorno del deseo sexual.

Otra condición médica. Si el deseo bajo/ausente y los pensamientos o fantasías eróticas deficientes/ausentes se explican mejor por los efectos de otra afección médica (p. ej., hipogonadismo, diabetes mellitus, disfunción tiroidea, enfermedad del sistema nervioso central), entonces se debe realizar un diagnóstico de trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino. no se haría.

Factores interpersonales. Si factores interpersonales o contextuales significativos, como una relación severa de estrés u otros factores estresantes significativos, están asociados con la pérdida del deseo en el hombre, entonces no se haría un diagnóstico de trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino.

Otras disfunciones sexuales. La presencia de otra disfunción sexual no descarta el diagnóstico de trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino; Existe cierta evidencia de que hasta la mitad de los hombres con bajo deseo sexual también tienen dificultades eréctiles, y un número ligeramente menor también puede tener dificultades con la eyaculación precoz. Si el bajo deseo del hombre se explica por la autoidentificación como asexual, entonces no se realiza un diagnóstico de trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino.

Comorbilidad

El trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino rara vez es el único diagnóstico sexual en los hombres. La disfunción eréctil, la eyaculación retardada y la eyaculación precoz (temprana) suelen ser diagnósticos comórbidos. La depresión y otros trastornos mentales, así como los factores endocrinológicos, suelen ser comórbidos con el trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino.

Eyaculación precoz (temprana)

Criterios de diagnóstico	F52.4

A. Un patrón persistente o recurrente de eyaculación que ocurre durante la actividad sexual en pareja aproximadamente 1 minuto después de la penetración vaginal y antes de que el individuo lo desee.

Machine Translated by Google

Nota: Aunque el diagnóstico de eyaculación precoz (temprana) puede aplicarse a personas que participan en actividades sexuales no vaginales, no se han establecido criterios de duración específicos para estas actividades.

B. El síntoma del Criterio A debe haber estado presente durante al menos 6 meses y debe experimentarse en casi todas o todas (aproximadamente entre el 75% y el 100%) de las ocasiones de actividad sexual (en contextos situacionales identificados o, si es generalizado, en todos los contextos).).

C. El síntoma del Criterio A causa malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una relación conflictiva grave u otros factores estresantes significativos y no es atribuible a los efectos de una sustancia/medicamento u otra condición médica.

Especifique si: De

por vida: La alteración ha estado presente desde que el individuo se volvió sexualmente activo.

Adquirido: el trastorno comenzó después de un período de función sexual relativamente normal.

Especifique si:

Generalizado: No limitado a ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: solo ocurre con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especifique la gravedad actual:

Leve: eyaculación que ocurre aproximadamente entre 30 segundos y 1 minuto después de la penetración vaginal.

Moderada: eyaculación que ocurre aproximadamente entre 15 y 30 segundos después de la penetración vaginal.

Grave: Eyaculación que ocurre antes de la actividad sexual, al inicio de la actividad sexual o aproximadamente dentro de los 15 segundos posteriores a la penetración vaginal.

Características diagnósticas La

eyaculación precoz (temprana) se manifiesta por la eyaculación que ocurre antes o poco después de la penetración vaginal, operacionalizada por la estimación individual de la latencia eyaculatoria (es decir, el tiempo transcurrido antes de la eyaculación) después de la penetración vaginal. Aunque los criterios de diagnóstico especifican el sexo pene-vaginal, es razonable suponer que estimaciones similares de latencia eyaculatoria se aplican a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, así como a otros comportamientos sexuales. Las latencias eyaculatorias intravaginales estimadas y medidas están altamente correlacionadas siempre que la latencia eyaculatoria sea de corta duración; por lo tanto, las estimaciones autoinformadas de latencia eyaculatoria son suficientes para fines de diagnóstico. Anteriormente se consideraba que un tiempo de latencia de eyaculación intravaginal de 60 segundos era un límite apropiado para el diagnóstico de eyaculación precoz (temprana) de por vida en hombres; sin embargo, el consenso de expertos ahora considera que este tiempo de latencia es demasiado breve y en su lu

Machine Translated by Google

recomienda un umbral de 120 segundos.

Funciones asociadas

Muchos hombres con eyaculación precoz (temprana) se quejan de una sensación de falta de control sobre la eyaculación y reportan aprensión por su incapacidad anticipada para retrasar la eyaculación en futuros encuentros sexuales.

Los siguientes factores pueden ser relevantes en la evaluación de cualquier disfunción sexual: 1) factores de la pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja, estado de salud de la pareja); 2) factores de relación (p. ej., mala comunicación, discrepancias en el deseo de actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) y factores estresantes (p. ej., pérdida del empleo, duelo); 4) factores culturales/religiosos (p. ej., falta de privacidad, inhibiciones relacionadas con prohibiciones contra la actividad sexual; actitudes hacia la sexualidad); y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, curso o tratamiento.

Predominio

Las estimaciones de la prevalencia de la eyaculación precoz (temprana) varían ampliamente según la definición utilizada. A nivel internacional, se ha informado un rango de prevalencia del 8% al 30% en todas las edades, con tasas aún más bajas y más altas en otros estudios. La prevalencia de la eyaculación precoz (temprana) puede aumentar con la edad. Por ejemplo, la prevalencia entre hombres de 18 a 30 años en Suiza y Turquía es de alrededor del 9% al 11%, mientras que la prevalencia reportada de preocupación entre hombres de 50 a 59 años en los Estados Unidos sobre la rapidez con la que eyaculan puede llegar al 55%. %.
Cuando la eyaculación precoz (temprana) se define como la eyaculación que ocurre aproximadamente 1 minuto después de la penetración vaginal, solo entre el 1% y el 3% de los hombres serían diagnosticados con este trastorno.

Desarrollo y curso Por definición, la

eyaculación precoz (temprana) de por vida comienza durante las experiencias sexuales iniciales del hombre y persiste después. Algunos hombres pueden experimentar eyaculación precoz (temprana) durante sus encuentros sexuales iniciales, pero ganan control de la eyaculación con el tiempo. Es la persistencia de problemas de eyaculación durante más de 6 meses lo que determina el diagnóstico de eyaculación precoz (precoz). Por el contrario, algunos hombres desarrollan el trastorno después de un período de latencia eyaculatoria normal, conocida como eyaculación precoz (temprana) adquirida. Se sabe mucho menos sobre la eyaculación precoz (temprana) adquirida que sobre la eyaculación precoz (temprana) de por vida. La forma adquirida probablemente tiene un inicio más tardío y suele aparecer durante o después de la cuarta década de la vida. Lifelong es relativamente estable durante toda la vida.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. La eyaculación precoz (temprana) puede ser más común en hombres con ansiedad

trastornos, especialmente el trastorno de ansiedad social.

Genético y fisiológico. Existe una contribución genética moderada a la eyaculación precoz (temprana) de por vida. La eyaculación precoz (temprana) puede estar asociada con el polimorfismo del gen transportador de dopamina o el polimorfismo del gen transportador de serotonina. Enfermedad tiroidea, prostatitis y

Machine Translated by Google

La abstinencia de drogas se asocia con la eyaculación precoz (temprana) adquirida. Las medidas de tomografía por emisión de positrones del flujo sanguíneo cerebral regional durante la eyaculación han mostrado una activación primaria en la zona de transición mesocefálica, incluida el área tegmental ventral.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

La percepción de lo que constituye una latencia eyaculatoria normal difiere entre culturas y puede estar relacionada con una conciencia diferente de la disfunción sexual, la preocupación por el fracaso sexual y las percepciones sobre la importancia del sexo. Las latencias eyaculatorias medidas pueden diferir en algunos países.
Los factores culturales o religiosos pueden contribuir a estas diferencias. Por ejemplo, los informes de eyaculación precoz (temprana) fueron más comunes en los matrimonios concertados, debido a factores como la ansiedad por las presiones familiares y la falta de experiencia sexual prematrimonial.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

La eyaculación precoz (temprana) es una disfunción sexual en los hombres. Los hombres y sus parejas sexuales pueden diferir en su percepción de lo que constituye una latencia eyaculatoria aceptable. Puede haber una creciente preocupación entre las mujeres acerca de la eyaculación precoz en sus parejas sexuales, lo que puede ser un reflejo del cambio de actitudes sociales con respecto a la actividad sexual de las mujeres.

Marcadores de diagnóstico

La latencia eyaculatoria generalmente es monitoreada en entornos de investigación por la pareja sexual utilizando un dispositivo de cronometraje (p. ej., cronómetro), aunque esto no es ideal en situaciones sexuales de la vida real. En entornos clínicos, se debe aceptar la estimación del hombre del tiempo entre la penetración intravaginal y la eyaculación en lugar de las mediciones con un cronómetro.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

Entre los hombres que reciben tratamiento para la eyaculación precoz (temprana) con depresión comórbida, se han observado tasas elevadas de pensamientos o conductas suicidas; Aunque los hombres afectados atribuyeron los síntomas suicidas a su eyaculación precoz (temprana), la presencia de depresión también fue un factor contribuyente probable.

Consecuencias funcionales de la eyaculación precoz (temprana)

Un patrón de eyaculación precoz (temprana) puede estar asociado con una disminución de la autoestima y la confianza en uno mismo, una sensación de falta de control y consecuencias adversas para las relaciones de pareja. También puede causar angustia personal y disminución de la satisfacción sexual en la pareja sexual. A los hombres solteros les molesta más que a los hombres en pareja la eyaculación precoz (temprana) debido a que interfiere con la búsqueda y el mantenimiento de nuevas relaciones. La eyaculación previa a la penetración puede estar asociada con dificultades en la concepción.

Diagnóstico diferencial

Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos. Cuando los problemas con la eyaculación precoz (temprana) son atribuibles exclusivamente al uso de sustancias, intoxicación o abstinencia,

Machine Translated by Google

Se debe diagnosticar disfunción sexual inducida por sustancias o medicamentos.

Problemas eyaculatorios que no cumplen con los criterios de diagnóstico. Es necesario identificar a los hombres con latencias eyaculatorias normales que desean latencias eyaculatorias más largas y a los hombres que tienen eyaculación precoz (temprana) episódica (p. ej., durante el primer encuentro sexual con una nueva pareja, cuando una latencia eyaculatoria corta puede ser común o normativa). Ninguna de estas situaciones conduciría a un diagnóstico de eyaculación precoz (temprana), aunque estas situaciones pueden resultar angustiosas para algunos hombres.

Comorbilidad La

eyaculación precoz (temprana) puede estar asociada con problemas de erección. En muchos casos, puede resultar difícil determinar qué dificultad precedió a la otra. La eyaculación precoz (temprana) de por vida puede estar asociada con ciertos trastornos de ansiedad. La eyaculación precoz (temprana) adquirida puede estar asociada con prostatitis, enfermedad de la tiroides o abstinencia de drogas (p. ej., durante la abstinencia de opioides).

Disfunción sexual inducida por sustancias o medicamentos

Criterios de diagnóstico

A. En el cuadro clínico predomina una alteración clínicamente significativa de la función sexual.
imagen.

B. Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de (1) y (2):

1. Los síntomas del Criterio A se desarrollaron durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición o la abstinencia de un medicamento.

2. La sustancia/medicamento involucrado es capaz de producir los síntomas en
Criterio A.

C. La alteración no se explica mejor por una disfunción sexual que no sea inducida por sustancias o medicamentos. Dicha evidencia de una disfunción sexual independiente podría incluir lo siguiente:

Los síntomas preceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período de tiempo sustancial (p. ej., aproximadamente 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o de la intoxicación grave; o hay otra evidencia que sugiere la existencia de una disfunción sexual independiente no inducida por sustancias o medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias o medicamentos).

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo en el individuo.

Machine Translated by Google

Nota: Este diagnóstico debe realizarse en lugar de un diagnóstico de sustancia.
intoxicación o abstinencia de sustancias sólo cuando los síntomas del Criterio A
predominan en el cuadro clínico y son lo suficientemente graves como para justificar
atención.

Nota de codificación: La CIE-10-MC codifica la enfermedad inducida por [sustancia/medicamento específico].
Las disfunciones sexuales se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM
depende de si existe o no un trastorno comórbido por uso de sustancias presente durante
la misma clase de sustancia. En cualquier caso, un diagnóstico adicional por separado de un
No se da el trastorno por uso de sustancias. Si un trastorno leve por uso de sustancias es comórbido
con la disfunción sexual inducida por sustancias, el carácter de la cuarta posición es “1” y
el médico debe registrar el “trastorno leve por consumo de [sustancias]” antes de la disfunción sexual
inducida por sustancias (p. ej., “trastorno leve por consumo de cocaína con disfunción sexual inducida por cocaína”).
disfunción sexual"). Si un trastorno por uso de sustancias moderado o grave es comórbido
con la disfunción sexual inducida por sustancias, el carácter de la cuarta posición es “2” y
el médico debe registrar “trastorno por consumo de [sustancias] moderado” o “trastorno por uso grave”
Trastorno por uso de [sustancias]”, dependiendo de la gravedad del uso comórbido de sustancias.
trastorno. Si no hay ningún trastorno comórbido por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo intenso de una sola vez)
uso de la sustancia), entonces el carácter de la cuarta posición es “9” y el médico debe
registrar sólo la disfunción sexual inducida por sustancias.

	CIE-10-CM		
	Con uso suave trastorno	Con moderada o trastorno de consumo severo	Sin uso trastorno
Alcohol	F10.181	F10.281	F10.981
opioide	F11.181	F11.281	F11.981
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.	F13.181	F13.281	F13.981
Sustancia tipo anfetamina (u otra estimulante)	F15.181	F15.281	F15.981
Cocaína	F14.181	F14.281	F14.981
Otra sustancia (o desconocida)	F19.181	F19.281	F19.981

Especifique (consulte la Tabla 1 en el capítulo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias”)
que indica si “con inicio durante la intoxicación” y/o “con inicio durante la intoxicación”
abstinencia” se aplica a una determinada clase de sustancia; o especificar “con inicio después
uso de medicamentos”):

Con inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios para la intoxicación con el
sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la retirada: Si se cumplen los criterios para la retirada del
sustancia y los síntomas se desarrollan durante o poco después de la abstinencia.

Con inicio después del uso de medicamentos: si los síntomas se desarrollaron al inicio del tratamiento.
medicación, con un cambio en el uso de la medicación o durante la retirada de la misma.
medicamento.

Machine Translated by Google

Especifique la gravedad actual:

Leve: ocurre entre el 25% y el 50% de las ocasiones de actividad sexual.

Moderado: ocurre entre el 50% y el 75% de las ocasiones de actividad sexual.

Grave: Ocurre en el 75% o más de las ocasiones de actividad sexual.

Procedimientos de registro

El nombre de la disfunción sexual inducida por sustancia/medicamento comienza con la sustancia específica (p. ej., alcohol) que se presume está causando la disfunción sexual. El código ICD-10-CM que corresponde a la clase de medicamento aplicable se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios. Para sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., fluoxetina), se debe utilizar el código ICD-10-CM para la otra clase de sustancia (o desconocida) y registrar el nombre de la sustancia específica (p. ej., F19.981 disfunción sexual inducida por fluoxetina). En los casos en los que se considera que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la sustancia específica, se utiliza el código CIE-10-MC para la otra clase de sustancia (o desconocida) y se registra el hecho de que la sustancia es desconocida (p. ej. , F19.981 disfunción sexual inducida por sustancias desconocidas).

Al registrar el nombre del trastorno, el trastorno comórbido por uso de sustancias (si lo hay) aparece primero, seguido de la palabra "con", seguido del nombre de la disfunción sexual inducida por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, inicio después del uso de medicamentos), seguido del especificador de gravedad (p. ej., leve, moderado, grave). Por ejemplo, en el caso de disfunción eréctil que se produce durante una intoxicación en un hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico es F10.281 trastorno grave por consumo de alcohol con disfunción sexual inducida por el alcohol, que comienza durante una intoxicación, moderada. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno comórbido por consumo grave de alcohol. Si la disfunción sexual inducida por sustancias ocurre sin un trastorno comórbido por uso de sustancias (p. ej., después de un consumo intenso de la sustancia en una sola ocasión), no se observa ningún trastorno por uso de sustancias acompañante (p. ej., F15.981 disfunción sexual inducida por anfetaminas, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia desempeña un papel importante en el desarrollo de la disfunción sexual, cada una debe enumerarse por separado (p. ej., F14.181 trastorno leve por consumo de cocaína con disfunción sexual inducida por cocaína, que comienza durante la intoxicación, moderado; F19 .981 disfunción sexual inducida por fluoxetina, de inicio tras el uso de medicación, moderada).

Características diagnósticas

Las características esenciales de la disfunción sexual inducida por sustancias o medicamentos son alteraciones clínicamente significativas de la función sexual que predominan en el cuadro clínico (Criterio A) y que se consideran debidas a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso). o medicación).
La disfunción sexual debe haberse desarrollado durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de sustancias o después de la exposición o la abstinencia de un medicamento, y las sustancias o medicamentos deben ser capaces de producir los síntomas (Criterio B2). Disfunción sexual inducida por sustancias/ medicamentos debido a un tratamiento prescrito para un

trastorno mental u otra condición médica debe tener su inicio mientras el individuo está

Machine Translated by Google

recibir el medicamento (o durante la abstinencia, si la abstinencia está asociada con el medicamento). Una vez que se interrumpe el tratamiento, la disfunción sexual generalmente mejorará o remitirá en unos días o varias semanas (dependiendo de la vida media de la sustancia/medicamento y de la presencia de abstinencia). El diagnóstico de disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos no debe darse si el inicio de la disfunción sexual precede a la intoxicación o abstinencia de la sustancia/medicamento, o si los síntomas persisten durante un período de tiempo sustancial (es decir, generalmente más de 1 mes). desde el momento de una intoxicación grave o abstinencia.

Funciones asociadas

Las disfunciones sexuales pueden ocurrir en asociación con la intoxicación por las siguientes clases de sustancias: alcohol; opioides; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; estimulantes (incluida la cocaína); y otras sustancias (o desconocidas). Las disfunciones sexuales pueden ocurrir en asociación con la abstinencia de las siguientes clases de sustancias: alcohol; opioides; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; y otras sustancias (o desconocidas). Los medicamentos que pueden inducir disfunciones sexuales incluyen antidepresivos, antipsicóticos y anticonceptivos hormonales.

El efecto secundario más comúnmente reportado de los medicamentos antidepresivos es la dificultad para alcanzar el orgasmo o la eyaculación en los hombres y con la excitación en las mujeres. Los problemas de deseo y erección son menos frecuentes. Existe evidencia de que los efectos de los medicamentos antidepresivos sobre la disfunción sexual ocurren independientemente de los niveles de depresión. Aproximadamente el 30% de las quejas sexuales son clínicamente significativas. Ciertos agentes (es decir, bupropión, mirtazapina, nefazodona y vilazodona) parecen tener tasas más bajas de efectos secundarios sexuales que otros antidepresivos.

Los problemas sexuales asociados con los fármacos antipsicóticos, incluidos problemas con el deseo sexual, la erección, la lubricación, la eyaculación o el orgasmo, se han producido tanto con agentes típicos como con agentes atípicos. Sin embargo, los problemas son menos comunes con los antipsicóticos ahorradores de prolactina o con aquellos que no bloquean los receptores de dopamina.

Aunque los efectos de los estabilizadores del estado de ánimo sobre la función sexual no están claros, es posible que el litio y los anticonvulsivos, con la posible excepción de la lamotrigina, tengan efectos adversos sobre el deseo sexual. Pueden ocurrir problemas con el orgasmo con gabapentina. De manera similar, puede haber una mayor prevalencia de problemas de erección y de orgasmo asociados con las benzodiazepinas. No ha habido tales informes con buspirona.

Muchos medicamentos no psiquiátricos, como los agentes cardiovasculares, citotóxicos, gastrointestinales y hormonales, se asocian con alteraciones de la función sexual. El uso de inhibidores de la 5-α-reductasa (p. ej., dutasterida, finasterida) puede reducir la función eréctil, la función eyaculatoria y la libido en los hombres.

El consumo de sustancias ilícitas se asocia con disminución del deseo sexual, disfunción eréctil y dificultad para alcanzar el orgasmo. También se observan disfunciones sexuales en personas que reciben metadona, pero rara vez las informan quienes reciben buprenorfina. El abuso crónico de nicotina o alcohol se asocia con problemas de erección. El cannabis, al igual que el alcohol, es un depresor del sistema nervioso central y su consumo puede ser un factor de riesgo de disfunción sexual; sin embargo, también se ha sugerido que puede mejorar potencialmente la satisfacción con el orgasmo.

Predominio

La prevalencia y la incidencia de la disfunción sexual inducida por sustancias o medicamentos no están claras, probablemente debido a que no se notifican los efectos secundarios sexuales emergentes del tratamiento. Datos sobre

Machine Translated by Google

La disfunción sexual inducida por sustancias o medicamentos suele estar relacionada con los efectos de los fármacos antidepresivos. La prevalencia de la disfunción sexual inducida por antidepresivos varía en parte según el agente específico. Aproximadamente entre el 25% y el 80% de las personas que toman inhibidores de la monoaminooxidasa, antidepresivos tricíclicos, antidepresivos serotoninérgicos y antidepresivos serotoninérgicos y adrenérgicos combinados informan efectos secundarios sexuales. Allá

Hay diferencias en la incidencia de efectos secundarios sexuales entre algunos antidepresivos serotoninérgicos y adrenérgicos-serotonérgicos combinados, y medicamentos como citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina y venlafaxina tienen las tasas más altas de disfunción sexual.

Aproximadamente el 50% de las personas que toman medicamentos antipsicóticos experimentarán efectos secundarios sexuales adversos, incluidos problemas con el deseo sexual, la erección, la lubricación, la eyaculación o el orgasmo. La incidencia de estos efectos secundarios entre los diferentes agentes antipsicóticos no está clara.

Se desconoce la prevalencia e incidencia exactas de disfunciones sexuales entre usuarios de medicamentos no psiquiátricos, como agentes cardiovasculares, citotóxicos, gastrointestinales y hormonales. Se han informado tasas elevadas de disfunción sexual con dosis altas de opioides para el dolor. Hay mayores tasas de disminución del deseo sexual, disfunción eréctil y dificultad para alcanzar el orgasmo asociados con el uso de sustancias ilícitas. La prevalencia de problemas sexuales parece estar relacionada con el abuso crónico de drogas y parece mayor en individuos que abusan de heroína (aproximadamente 60%-70%) que en individuos que abusan de sustancias tipo anfetamina o 3,4-metilendioximetanfetamina (es decir, MDMA, éxtasis). También se observan tasas elevadas de disfunción sexual en personas que reciben metadona, pero rara vez las informan quienes reciben buprenorfina. El abuso crónico de alcohol y el abuso crónico de nicotina están relacionados con tasas más altas de problemas eréctiles.

Desarrollo y evolución El inicio de la

disfunción sexual inducida por antidepresivos puede ocurrir tan pronto como 8 días después de que se toma el agente por primera vez. Aproximadamente el 30% de las personas con retraso del orgasmo de leve a moderado experimentarán una remisión espontánea de la disfunción en un plazo de 6 meses. En algunos casos, la disfunción sexual inducida por el inhibidor de la recaptación de serotonina puede persistir después de suspender el fármaco. Se desconoce el tiempo transcurrido hasta la aparición de la disfunción sexual después del inicio de fármacos antipsicóticos o drogas de abuso. Es probable que los efectos adversos de la nicotina y el alcohol no aparezcan hasta después de años de uso. A veces, la eyaculación precoz (temprana) puede ocurrir después de dejar de usar opioides.
Existe cierta evidencia de que las alteraciones en la función sexual relacionadas con el uso de sustancias o medicamentos aumentan con la edad.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura Puede

haber una interacción entre factores culturales, la influencia de los medicamentos en el funcionamiento sexual y la respuesta del individuo a esos cambios.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Pueden existir algunas diferencias de género en los efectos secundarios sexuales de sustancias y medicamentos, como

Machine Translated by Google

que los hombres pueden informar con mayor frecuencia deficiencias en el deseo y el orgasmo después del uso de antidepresivos, y las mujeres pueden informar con mayor frecuencia dificultades con la excitación sexual.

Consecuencias funcionales de la disfunción sexual inducida por sustancias o medicamentos La disfunción sexual inducida por

medicamentos puede provocar un incumplimiento de la medicación, como suspenderlos o usarlos de forma irregular, lo que podría contribuir a la falta de eficacia de los antidepresivos.

Diagnóstico diferencial Disfunciones sexuales no inducidas por sustancias o medicamentos. Muchos trastornos mentales, como los trastornos depresivos, bipolares, de ansiedad y psicóticos, están asociados con alteraciones de la función sexual. Por lo tanto, diferenciar una sustancia/medicación sexual inducida

La disfunción debido a una manifestación del trastorno mental subyacente puede ser bastante difícil. El diagnóstico generalmente se establece si se observa una estrecha relación entre el inicio o la interrupción de la sustancia/medicación. Se puede establecer un diagnóstico claro si el problema ocurre después del inicio de la sustancia/medicación, se disipa con la interrupción de la sustancia/medicación y recurre con la introducción del mismo agente. La mayoría de los efectos secundarios inducidos por sustancias o medicamentos ocurren poco después del inicio o la interrupción. Los efectos secundarios sexuales que sólo ocurren después del uso crónico de una sustancia o medicamento pueden ser extremadamente difíciles de diagnosticar con certeza.

Otra disfunción sexual especificada

F52.8

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de una disfunción sexual que causan malestar clínicamente significativo en el individuo pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de disfunciones sexuales. La otra categoría de disfunción sexual especificada se utiliza en situaciones en las que el médico elige comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de ninguna disfunción sexual específica. Esto se hace registrando “otra disfunción sexual especificada” seguida del motivo específico (p. ej., “aversión sexual”).

Disfunción sexual no especificada

F52.9

Esta categoría aplica a presentaciones en las que se presentan síntomas propios de una relación sexual.

Machine Translated by Google

Predominan las disfunciones que causan malestar clínicamente significativo en el individuo, pero no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos en la clase diagnóstica de disfunciones sexuales. La categoría de disfunción sexual no especificada se utiliza en situaciones en las que el médico elige no especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para una disfunción sexual específica, e incluye presentaciones para las cuales no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Disforia de género

En este capítulo, hay un diagnóstico general de disforia de género, con conjuntos separados de criterios apropiados para el desarrollo de niños, adolescentes y adultos. El área de sexo y género es muy controvertida y ha dado lugar a una proliferación de términos cuyos significados varían con el tiempo y dentro y entre disciplinas. Una fuente adicional de confusión es que en inglés “sex” connota tanto hombre/mujer como sexualidad. Este capítulo emplea constructos y términos que son ampliamente utilizados por médicos de diversas disciplinas especializados en el tratamiento de la disforia de género. En este capítulo, sexo y sexual se refieren a los indicadores biológicos de lo masculino y lo femenino (entendidos en el contexto de la capacidad reproductiva), como los cromosomas sexuales, las gónadas, las hormonas sexuales y los genitales internos y externos no ambiguos.
Los trastornos del desarrollo sexual o las diferencias en el desarrollo sexual (DSD) incluían los términos históricos hermafroditismo y pseudohermafroditismo. Los DSD incluyen afecciones somáticas intersexuales como el desarrollo congénito de genitales ambiguos (p. ej., clitoromegalia, micropene), disyunción congénita de la anatomía sexual interna y externa (p. ej., síndrome de insensibilidad completa a los andrógenos), desarrollo incompleto de la anatomía sexual (p. ej., agenesia gonadal), sexo anomalías cromosómicas (p. ej., síndrome de Turner; síndrome de Klinefelter) o trastornos del desarrollo gonadal (p. ej., ovotestículos).

El género se utiliza para denotar el rol público, sociocultural (y normalmente reconocido legalmente) vivido como niño o niña, hombre o mujer, u otro género. Se considera que los factores biológicos contribuyen, en interacción con factores sociales y psicológicos, al desarrollo de género. La asignación de género se refiere a la asignación como masculina o femenina. Esto ocurre generalmente al nacer según el sexo fenotípico y, por lo tanto, produce el género asignado al nacer, históricamente denominado “sexo biológico” o, más recientemente, “género natal”. El sexo asignado al nacer se utiliza a menudo indistintamente con el género asignado al nacer. Los términos sexo asignado y género asignado abarcan sexo/género asignado al nacer, pero también incluyen asignaciones y reasignaciones de género/sexo realizadas después del nacimiento pero durante la infancia o la primera infancia, generalmente en el caso de condiciones intersexuales. Género atípico se refiere a características somáticas o comportamientos que no son típicos (en un sentido estadístico) de individuos con el mismo género asignado en una sociedad y época histórica determinadas; género no conforme, variante de género y género diverso son términos alternativos no diagnósticos. La reasignación de género denota un cambio de género oficial (y a veces legal). Los tratamientos de afirmación de género son procedimientos médicos (hormonas, cirugías o ambas) que tienen como objetivo alinear las características físicas de un individuo con su género experimentado. La identidad de género es una categoría de identidad social y se refiere a la identificación de un individuo como hombre, mujer, alguna categoría intermedia (es decir, género fluido) o una categoría distinta de masculina o femenina (es decir, género neutral). En los últimos años ha habido una proliferación de identidades de género. La disforia de género como término descriptivo general se refiere a la angustia que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado y el género asignado. Sin embargo, se define más específicamente cuando se utiliza como categoría de diagnóstico. No se refiere a la angustia relacionada con el estigma

Machine Translated by Google

Posiblemente una fuente concurrente de angustia. Transgénero se refiere al amplio espectro de personas cuya identidad de género es diferente del género asignado al nacer. Cisgénero describe a personas cuya expresión de género es congruente con el género asignado al nacer (también no transgénero). Transexual, término histórico, denota un individuo que busca, está pasando,

o ha experimentado una transición social de hombre a mujer o de mujer a hombre, que en muchos casos, pero no en todos, también implica una transición somática mediante un tratamiento hormonal de afirmación de género y una cirugía genital, mamaria u otra cirugía de afirmación de género (históricamente denominada como cirugía de reasignación de sexo).

Aunque no todos los individuos experimentarán angustia por la incongruencia, muchos se angustian si las intervenciones físicas deseadas utilizando hormonas y/o cirugía no están disponibles. El término actual es más descriptivo que el término anterior del DSM-IV, trastorno de identidad de género , y se centra en la disforia como problema clínico, no en la identidad per se.

Disforia de género

Criterios de diagnóstico

Disforia de género en niños F64.2

A. Una marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado y el género asignado, de al menos 6 meses de duración, manifestada por al menos seis de los siguientes (uno de los cuales debe ser el Criterio A1): 1. Un fuerte deseo de ser de el otro género o una insistencia

en que uno es del otro género (o algún género alternativo diferente al género asignado).

2. En los niños (género asignado), una fuerte preferencia por travestirse o simular vestimenta femenina; o en las niñas (género asignado), una fuerte preferencia por usar sólo ropa típica masculina y una fuerte resistencia al uso de ropa típica femenina.

3. Una fuerte preferencia por roles de género cruzado en juegos de fantasía o fantasía. jugar.

4. Una fuerte preferencia por los juguetes, juegos o actividades estereotípicamente utilizados o realizados por el otro género.

5. Una fuerte preferencia por compañeros de juego del otro sexo.

6. En los niños (género asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos y una fuerte evitación de los juegos bruscos; o en las niñas (género asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.

7. Un fuerte disgusto por la anatomía sexual.

8. Un fuerte deseo por las características sexuales primarias y/o secundarias que

Machine Translated by Google

coincidir con el género experimentado.

B. La afección se asocia con malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, la escuela u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especifique

si: Con un trastorno/diferencia de desarrollo sexual (p. ej., un trastorno adrenogenital congénito como hiperplasia suprarrenal congénita E25.0 o síndrome de insensibilidad a los andrógenos E34.50).

Nota de codificación: Codifique el trastorno/diferencia del desarrollo sexual así como la disforia de género.

Disforia de género en adolescentes y adultos F64.0

A. Una marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado y género asignado, de al menos 6 meses de duración, manifestado por al menos dos de los siguientes: 1. Una

marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado y las características sexuales primarias y/o secundarias (o en adolescentes jóvenes, las características secundarias anticipadas). características sexuales).

2. Un fuerte deseo de deshacerse de las características sexuales primarias y/o secundarias debido a una marcada incongruencia con el género experimentado/expresado (o en adolescentes jóvenes, un deseo de prevenir el desarrollo de las características sexuales secundarias anticipadas).
3. Un fuerte deseo por las características sexuales primarias y/o secundarias del otro género.
4. Un fuerte deseo de ser del otro género (o algún género alternativo diferente del género asignado).
5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro género (o algún género alternativo diferente al género asignado).
6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro género (o algún género alternativo diferente al género asignado).

B. La afección se asocia con malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especifique

si: Con un trastorno/diferencia de desarrollo sexual (p. ej., un trastorno adrenogenital congénito como hiperplasia suprarrenal congénita E25.0 o síndrome de insensibilidad a los andrógenos E34.50).

Nota de codificación: Codifique el trastorno/diferencia del desarrollo sexual así como la disforia de género.

Especifique si:

Machine Translated by Google

Posttransición: el individuo ha hecho la transición a vivir a tiempo completo en el género experimentado (con o sin legalización del cambio de género) y se ha sometido (o se está preparando para tener) al menos un procedimiento médico o régimen de tratamiento de afirmación de género, es decir, género regular. -tratamiento hormonal de afirmación o cirugía de reasignación de género que confirme el género experimentado (p. ej., cirugía de aumento de senos y/o vulvovaginoplastia en un individuo asignado al sexo masculino al nacer; cirugía transmasculina de tórax y/o faloplastia o metoidioplastia en un individuo asignado al sexo femenino al nacer).

Especificadores

El especificador “con un trastorno/diferencia de desarrollo sexual” debe usarse en el contexto de personas que tienen un trastorno/diferencia de desarrollo sexual específico y codificable documentado en su expediente médico.

El especificador "posttransición" puede usarse en el contexto de procedimientos de tratamiento continuo. que sirven para sustentar la nueva asignación de género.

Características diagnósticas

Las personas con disforia de género tienen una marcada incongruencia entre el género al que han sido asignados (generalmente basado en el sexo fenotípico al nacer, denominado género asignado al nacer) y su género experimentado/expresado. Esta discrepancia es el componente central del diagnóstico. También debe haber evidencia de angustia por esta incongruencia. El género experimentado puede incluir identidades de género alternativas más allá de los estereotipos binarios. En consecuencia, la angustia puede implicar no sólo la experiencia de que el individuo es de un género masculino o femenino distinto al asignado al nacer, sino también una experiencia de que el individuo es de un género intermedio o alternativo que difiere del género asignado al nacer.

La disforia de género se manifiesta de manera diferente en diferentes grupos de edad. Los siguientes ejemplos puede ser menos prominente en niños criados en entornos con menos estereotipos de género.

Los individuos prepuberales asignados como mujeres al nacer con disforia de género pueden expresar una sentimiento o convicción marcado y persistente de que es un niño, expresa aversión a la idea de

ser una niña, o afirmar que cuando crezca será un hombre. A menudo prefieren la ropa y los peinados de los niños, los extraños pueden percibirlos como niños y pueden pedir que los llamen por el nombre de un niño.
A veces muestran intensas reacciones negativas ante los intentos de sus padres de obligarlas a usar vestidos u otros atuendos femeninos. Algunos pueden negarse a asistir a la escuela o a eventos sociales donde se requiera ese tipo de ropa. Estos niños pueden demostrar una marcada inconformidad de género en los juegos de rol, los sueños, los juegos de género y las preferencias de juguetes, estilos, gestos, fantasías y preferencias de sus compañeros. Los deportes de contacto, los juegos bruscos, los juegos infantiles tradicionales y los niños como compañeros de juego suelen ser los preferidos. Muestran poco interés en juguetes estereotípicamente femeninos (p. ej., muñecas) o actividades (p. ej., disfraces o juegos de roles femeninos). Ocasionalmente, se niegan a orinar estando sentados. Algunos pueden expresar el deseo de tener un pene o afirmar que tienen un pene o que les crecerá uno cuando sean mayores. También pueden declarar que no quieren desarrollar

Machine Translated by Google

senos o menstruar.

Los individuos prepúberes asignados como varones al nacer con disforia de género pueden expresar un sentimiento o convicción marcado y persistente de que son una niña o afirmar que crecerán hasta convertirse en mujeres.
Pueden expresar aversión a la idea de ser un niño. A menudo prefieren vestirse con ropa de niña o de mujer o pueden improvisar ropa con materiales disponibles (por ejemplo, usar toallas, delantales y bufandas para el pelo largo o faldas). Estos niños pueden demostrar una marcada inconformidad de género en el juego de género y en las preferencias de juguetes, estilos, gestos y preferencias de sus compañeros. Pueden representar figuras femeninas (por ejemplo, jugar a “madre”) y pueden estar intensamente interesados en figuras femeninas de fantasía. Pueden preferirse las actividades femeninas tradicionales, los juegos estereotipados y los pasatiempos (p. ej., “jugar a las casitas”; hacer dibujos femeninos; mirar televisión o vídeos de sus personajes femeninos favoritos). Las muñecas estereotipadas de tipo femenino (p. ej., Barbie) pueden ser sus juguetes favoritos, y las niñas son sus compañeras de juego preferidas. Evitan los juegos bruscos y tienen poco interés en juguetes estereotípicamente masculinos (p. ej., automóviles, camiones). Pueden afirmar que encuentran repugnantes su pene o sus testículos, que desean que se los extirpen o que tienen, o desean tener, una vagina.

Cada vez más, los padres acuden a clínicas especializadas después de que su hijo tenga problemas de género.
La disforia ya ha hecho una transición social.

Como el inicio de la pubertad para las personas asignadas como mujeres al nacer se produce entre los 9 y los 13 años, y entre los 11 y los 14 años para las personas asignadas como hombres al nacer, sus síntomas y preocupaciones pueden surgir en una fase de desarrollo en algún lugar entre la niñez y la adolescencia.
Como las características sexuales secundarias de los adolescentes más jóvenes aún no están completamente desarrolladas, es posible que estos individuos no manifiesten que les desagradan, pero pueden sentirse marcadamente angustiados por los cambios físicos inminentes.

En adolescentes y adultos con disforia de género, la discrepancia entre el género experimentado y las características sexuales físicas suele ir acompañada, aunque no siempre, de un deseo de deshacerse de las características sexuales primarias y/o secundarias y/o de un fuerte deseo de adquirir algunas características sexuales primarias y/o secundarias. /o caracteres sexuales secundarios de otro género. En diversos grados, los adolescentes mayores y los adultos con disforia de género pueden adoptar el comportamiento, la vestimenta y los gestos de su género experimentado. Se sienten incómodos al ser considerados por los demás, o al funcionar en la sociedad, como miembros de su género asignado. Algunos adultos y adolescentes pueden tener un fuerte deseo de ser de un género diferente y ser tratados como tal, y pueden tener una certeza interna de sentirse y responder como su género experimentado sin buscar tratamiento médico para alterar las características corporales. Pueden encontrar otras formas de resolver la incongruencia entre el género experimentado/expresado y el asignado viviendo parcialmente en el rol deseado o adoptando un rol de género que no sea ni convencionalmente masculino ni convencionalmente femenino.

Funciones asociadas

Cuando se desarrollan signos visibles de pubertad, los individuos asignados como varones al nacer pueden afeitarse el vello facial, corporal y de las piernas ante los primeros signos de crecimiento. A veces se vendan los genitales para hacer las erecciones menos visibles. Las personas asignadas como mujer al nacer pueden vendar sus senos,

camine encorvada o use suéteres holgados para que los senos sean menos visibles. Cada vez más, los adolescentes

Machine Translated by Google

solicitar, o puede obtener sin prescripción y supervisión médica, medicamentos que suprimen la producción de esteroides gonadales (p. ej., agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina [GnRH]) o que bloquean las acciones de las hormonas gonadales (p. ej., espironolactona). Los adolescentes remitidos clínicamente a menudo desean un tratamiento hormonal y muchos también desean una cirugía de afirmación de género. Los adolescentes que viven en un entorno de aceptación pueden expresar abiertamente el deseo de ser y ser tratados como su género experimentado y vestirse parcial o completamente como su género experimentado, tener un peinado típico de su género experimentado, buscar preferentemente amistades con compañeros de otro género y/o o adoptar un nuevo nombre coherente con su género experimentado. Los adolescentes mayores, cuando son sexualmente activos, a menudo no muestran ni permiten que sus parejas toquen sus órganos sexuales. Para los adultos con aversión hacia sus genitales, la actividad sexual está limitada por la preferencia de que sus parejas no vean ni toquen sus genitales. No es infrecuente que los adultos busquen tratamiento hormonal (a veces sin prescripción ni supervisión médica) y cirugía de afirmación de género. Otros están satisfechos con el tratamiento hormonal o la cirugía sola, o sin ningún tratamiento médico de afirmación de género.

En niños, adolescentes y adultos con disforia de género se ha observado una sobrerrepresentación de los rasgos del espectro autista. Además, las personas con trastorno del espectro autista tienen más probabilidades de presentar diversidad de género.

Los adolescentes y adultos con disforia de género antes del tratamiento de afirmación de género y el cambio legal de género tienen un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental, incluidas ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidios. Después de la reasignación de género, la adaptación puede variar y el riesgo de suicidio y los problemas de salud mental pueden persistir.

En los niños prepúberes, el aumento de la edad se asocia con tener más problemas emocionales o de conducta; esto está relacionado con la creciente no aceptación del comportamiento no conforme con el género por parte de otros. Los niños y adolescentes que se sienten apoyados y aceptados en su inconformidad de género pueden mostrar menos o incluso ningún problema psicológico.

Predominio

No existen estudios poblacionales a gran escala sobre la disforia de género. Según las poblaciones que buscan tratamiento de afirmación de género, se ha evaluado que la prevalencia del diagnóstico de disforia de género en todas las poblaciones es inferior a 1/1.000 (es decir, <0,1 %) tanto para las personas asignadas como hombres al nacer como para las personas asignadas como mujeres al nacer. Debido a que muchos adultos con disforia de género no buscan atención en programas de tratamiento especializados, es probable que las tasas de prevalencia estén subestimadas. Las estimaciones de prevalencia basadas en encuestas de muestras de población general autoinformadas en los Estados Unidos y Europa sugieren cifras más altas, aunque los diversos métodos de evaluación dificultan las comparaciones entre los estudios. La autoidentificación como transgénero oscila entre el 0,5% y el 0,6%; sentirse con una identidad de género incongruente oscila entre el 0,6% y el 1,1%; sentirse persona de diferente sexo oscila entre el 2,1% y el 2,6%; y el deseo de someterse a un tratamiento médico oscila entre el 0,2% y el 0,6%.

Desarrollo y curso

Debido a que la expresión de la disforia de género varía con la edad, existen conjuntos de criterios separados para niños versus adolescentes y adultos. Los criterios para los niños se definen de una manera más concreta y conductual que los de los adolescentes y adultos. Los niños pequeños tienen menos probabilidades que los niños mayores, los adolescentes y los adultos de expresar alteraciones anatómicas extremas y persistentes.

Machine Translated by Google

disforia. En adolescentes y adultos, la incongruencia entre el género experimentado y el género asignado es una característica central del diagnóstico. Los factores relacionados con la angustia y el deterioro también varían con la edad. Un niño muy pequeño puede mostrar signos de angustia (p. ej., llanto intenso) sólo cuando los padres le dicen que él o ella "realmente" no es miembro de otro género sino que sólo "desea" serlo.
La angustia puede no manifestarse en entornos sociales que apoyen la inconformidad de género del niño y puede surgir sólo si hay

interferencia parental/social con la variación de género del niño. En adolescentes y adultos, la angustia puede manifestarse debido a una fuerte incongruencia entre el género experimentado y el género asignado al nacer. Sin embargo, dicha angustia puede mitigarse mediante entornos de apoyo y el conocimiento de que existen tratamientos biomédicos para reducir la incongruencia. El deterioro (p. ej., rechazo a ir a la escuela, desarrollo de depresión, ansiedad, problemas de comportamiento y de pares y abuso de sustancias) puede ser un correlato de la disforia de género.
Disforia de género sin trastorno del desarrollo sexual. En el caso de los niños remitidos a clínicas estudiados en Canadá y los Países Bajos, el inicio de conductas disconformes con su género suele tener lugar entre los 2 y 4 años de edad. Esto corresponde al período de desarrollo en el que la mayoría de los niños comienzan a expresar comportamientos e intereses de género. Para algunos niños en edad preescolar, pueden estar presentes tanto comportamientos atípicos de género marcados y persistentes como el deseo expresado de ser de otro género, o puede ocurrir que se etiqueten a sí mismos como miembros de otro género. En otros casos, la expresión de género aparece más tarde, generalmente al ingresar a la escuela primaria. En ocasiones, los niños pueden expresar malestar con su anatomía sexual o manifestar el deseo de tener una anatomía sexual correspondiente a su género experimentado ("disforia anatómica"). Las expresiones de disforia anatómica se vuelven más comunes a medida que los niños con disforia de género se acercan y anticipan la pubertad.

No existen estudios de población general sobre los resultados de la variación de género en la infancia en adolescentes o adultos. Algunos niños prepúberes que expresan el deseo de ser de otro género no buscarán tratamientos somáticos de afirmación de género cuando lleguen a la pubertad. Con frecuencia informan orientaciones no heterosexuales y frecuentemente comportamientos marcados de disconformidad con el género, aunque no necesariamente una identidad transgénero en la adolescencia o edad adulta joven. Algunos niños con disforia de género en la infancia que remite en la adolescencia pueden experimentar una recurrencia en la edad adulta.

En individuos asignados como varones al nacer, estudios de América del Norte y los Países Bajos encontraron que la persistencia osciló entre el 2% y el 39%. En los individuos a los que se les asignó sexo femenino al nacer, la persistencia osciló entre el 12% y el 50%. La persistencia de la disforia de género se correlaciona modestamente con las medidas dimensionales de gravedad determinadas en el momento de una evaluación inicial de la infancia. La transición social temprana también puede ser un factor en la persistencia de la disforia de género en la adolescencia.

Los estudios han demostrado una alta incidencia de atracción sexual hacia aquellos del género asignado al nacimiento del individuo, independientemente de la trayectoria de la disforia de género del niño prepúber. Para las personas cuya disforia de género continúa hasta la adolescencia y más allá, la mayoría se identifica como heterosexual. Entre aquellos que ya no tienen disforia de género en la adolescencia, la mayoría se identifica como gay, lesbiana o bisexual.

Se han descrito dos trayectorias amplias para el desarrollo de la disforia de género en personas que se identifican como hombres o mujeres.

Machine Translated by Google

A diferencia de los niños que no se ajustan al género, las personas con disforia de género de inicio prepuberal tienen síntomas que cumplen con los criterios de diagnóstico de disforia de género en la infancia. La disforia puede continuar hasta la adolescencia y la edad adulta; alternativamente, algunos individuos atraviesan un período en el que la disforia de género desiste o es negada. En esos momentos, estos individuos pueden identificarse a sí mismos como gays o lesbianas. Algunos pueden identificarse como heterosexuales y cisgénero. Sin embargo, es posible que algunas de estas personas experimenten una recurrencia de la disforia de género más adelante en la vida.

Independientemente de si la disforia de género del individuo persiste o desiste en una fecha posterior, el inicio de la pubertad o la comprensión de que la pubertad comenzará con el desarrollo de características sexuales secundarias puede provocar sentimientos angustiosos de incongruencia de género que pueden exacerbar la disforia de género del individuo.

El grupo de inicio temprano/prepuberal a menudo se presenta para recibir atención clínica de afirmación de género durante la niñez, la adolescencia o la edad adulta temprana. Esto puede reflejar una disforia de género más intensa en comparación con las personas con disforia de género de inicio tardío o pospuberal, cuya angustia puede ser más variable y menos intensa.

La disforia de género de inicio tardío o puberal/pospuberal ocurre alrededor de la pubertad o incluso mucho más tarde en la vida. Algunas de estas personas informan haber tenido un deseo de ser de otro género en la infancia que no se expresó verbalmente a otros o haber tenido un comportamiento no conforme con el género que no cumplía todos los criterios de disforia de género en la infancia. Otros no recuerdan ningún signo de disforia de género infantil. Los padres de personas con disforia de género de inicio puberal/pospuberal a menudo informan sorpresa, ya que no vieron signos de disforia de género durante la infancia.

Disforia de género en asociación con un trastorno del desarrollo sexual. Las personas con DSD que requieren intervención médica temprana o decisiones sobre la asignación de género acuden a atención clínica a una edad temprana. Dependiendo de la afección, es posible que hayan sido gonadectomizados (a menudo debido al riesgo de una futura malignidad) antes de la pubertad, de modo que la administración de hormonas exógenas sea parte de la atención de rutina para inducir la pubertad. La infertilidad es común ya sea debido a la condición misma o a la gonadectomía, y la cirugía genital puede haberse realizado en la infancia o niñez con la intención de afirmar el género asignado tanto al individuo afectado como a los cuidadores.

Las personas afectadas pueden exhibir un comportamiento no conforme con el género desde la primera infancia de una manera que es predecible dependiendo del síndrome DSD específico y la asignación de género, y los umbrales para apoyar la transición de género social y médica en menores han sido tradicionalmente mucho más bajos para aquellos con, en comparación con aquellos sin DSD. A medida que las personas con algunos síndromes de DSD toman conciencia de su afección y de su historial médico, muchas experimentan incertidumbre sobre su género, en lugar de desarrollar una firme convicción de que pertenecen a otro género. La proporción que desarrolla disforia de género y avanza hacia la transición de género varía notablemente según el síndrome particular y la asignación de género.

Factores de Riesgo y Pronóstico Temperamental.

Comportamiento variante de género entre individuos con género de inicio prepuberal

Machine Translated by Google

La disforia puede desarrollarse en la edad preescolar temprana. Los estudios sugieren que una mayor intensidad de la inconformidad de género y una edad más avanzada en el momento de la presentación hacen que la persistencia de la disforia de género en la adolescencia y la edad adulta sea más probable. Un factor predisponente que se está considerando, especialmente en individuos con disforia de género de inicio pospuberal (adolescencia, edad adulta), incluye antecedentes de travestismo que pueden convertirse en autoginefilia (es decir, excitación sexual asociada con el pensamiento o la imagen de uno mismo como mujer).

Ambiental. Las personas asignadas como varones al nacer con disforia de género sin DSD (tanto en la infancia como en la adolescencia) suelen tener hermanos mayores en comparación con los hombres cisgénero.

Genético y fisiológico. Para las personas con disforia de género sin DSD, se sugiere cierta contribución genética por la evidencia de familiaridad (débil) de la disforia de género entre hermanos no gemelos, una mayor concordancia para la disforia de género en gemelos monocigóticos en comparación con dicigóticos del mismo sexo y cierto grado de heredabilidad del género. disforia. Las investigaciones sugieren que la disforia de género tiene una base poligenética que involucra interacciones de varios genes y polimorfismos que pueden afectar la diferenciación sexual del cerebro en el útero, contribuyendo a la disforia de género en individuos asignados como varones al nacer.

En cuanto a los hallazgos endocrinos en individuos con disforia de género, no se han encontrado anomalías sistémicas endógenas en los niveles de hormonas sexuales en individuos 46,XY, mientras que parece haber niveles elevados de andrógenos (en el rango encontrado en mujeres hirsutas pero muy por debajo de los niveles masculinos normales).) en 46,XX individuos. En general, la evidencia actual es insuficiente para etiquetar la disforia de género sin DSD como una forma de intersexualidad limitada al sistema nervioso central.

En la disforia de género asociada con un DSD, la probabilidad de una disforia de género posterior aumenta si la producción y utilización prenatal (a través de la sensibilidad del receptor) de andrógenos son muy variables en relación con lo que generalmente se observa en individuos con el mismo trastorno asignado.

género. Los ejemplos incluyen individuos 46,XY con antecedentes de entorno hormonal prenatal masculino normal pero defectos genitales no hormonales congénitos (como en la extrofia de la vejiga cloacal o agenesia del pene) y que han sido asignados al género femenino. La probabilidad de disforia de género se ve reforzada aún más por una exposición posnatal adicional, prolongada y altamente variable a andrógenos con virilización somática, como puede ocurrir en individuos 46,XY criados en mujeres y no castrados con deficiencia de 5-alfa reductasa-2 o 17-beta-hidroxiesteroide. deficiencia de deshidrogenasa-3 o en individuos 46,XX criados en mujeres con hiperplasia suprarrenal congénita clásica con períodos prolongados de incumplimiento de la terapia de reemplazo de glucocorticoides. Sin embargo, el entorno androgénico prenatal está más estrechamente relacionado con el comportamiento de género que con la identidad de género. Muchas personas con TDS y conductas marcadamente variantes de género no desarrollan disforia de género. Por lo tanto, el comportamiento no conforme con el género por sí solo no debe interpretarse como un indicador de disforia de género actual o futura. Parece haber una tasa más alta de disforia de género y de cambio de género iniciado por el paciente de una mujer asignada a un hombre que de un hombre asignado a una mujer en individuos expuestos prenatalmente a un complemento completo de influencias hormonales masculinizantes.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Se han reportado individuos con disforia de género en muchos países y culturas.

Machine Translated by Google

contextos alrededor del mundo. También se ha informado del equivalente de la disforia de género en personas que viven en contextos culturales con categorías de identidad de género institucionalizadas distintas de hombres/niños o mujeres/niñas que sancionan el desarrollo no conforme con el género. Entre ellos se incluyen India, Sri Lanka, Myanmar, Omán, Samoa, Tailandia y los pueblos indígenas de América del Norte. Sin embargo, no está claro, en tales contextos culturales, si estos individuos cumplirían los criterios de diagnóstico para la disforia de género.

La prevalencia de problemas de salud mental coexistentes difiere entre culturas; Estas diferencias también pueden estar relacionadas con diferencias en las actitudes hacia la inconformidad de género en niños, adolescentes y adultos. Sin embargo, también en algunas culturas no occidentales, se ha descubierto que la ansiedad es relativamente común en personas con disforia de género, incluso en culturas con actitudes de aceptación hacia el comportamiento variante de género.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Las diferencias de sexo en la tasa de derivaciones a clínicas especializadas varían según el grupo de edad. En los niños, la proporción de sexos entre los individuos asignados como varones al nacer y los asignados como mujeres al nacer oscila entre 1,25:1 y 4,3:1. Los estudios muestran un número cada vez mayor de niños y adolescentes que acuden a clínicas especializadas, una presentación a edades más tempranas, una transición social temprana más frecuente y un cambio hacia un mayor número de individuos asignados a mujeres al nacer en adolescentes y adultos jóvenes que a individuos asignados a hombres al nacer. En los adultos, las estimaciones generalmente sugieren que más individuos asignados a hombres al nacer buscan un tratamiento de afirmación de género, con proporciones que oscilan entre 1:1 y 6,1:1 en la mayoría de los estudios realizados en Estados Unidos y Europa.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Se informa que las tasas de suicidio e intentos de suicidio para personas transgénero oscilan entre el 30% y el 80%, con factores de riesgo que incluyen maltrato pasado, victimización de género, depresión, abuso de sustancias y edad más joven. Los adolescentes transgénero remitidos a clínicas de género tienen tasas sustancialmente más altas de pensamientos y comportamientos suicidas en comparación con los adolescentes no remitidos. Antes de recibir un tratamiento de afirmación de género y una reasignación legal de género, los adolescentes y adultos con disforia de género tienen un mayor riesgo de tener pensamientos e intentos de suicidio. Después del tratamiento de afirmación de género, la adaptación varía y, si bien a menudo se observa una mejoría en los síntomas coexistentes, algunas personas continúan experimentando ansiedad y síntomas afectivos prominentes y siguen teniendo un mayor riesgo de suicidio.

Un estudio de 572 niños remitidos por cuestiones de identidad de género en Canadá y varios grupos de comparación (hermanos, otros niños remitidos y niños no remitidos) en gran parte de otros países de altos ingresos encontró que los niños remitidos por género tenían 8,6 veces más probabilidades de autolesionarse o intento de suicidio que los niños de comparación, incluso después de ajustar el comportamiento general y los problemas de relación con los pares, y particularmente en la segunda mitad de la infancia. Entre los adolescentes, la tasa más alta de intentos de suicidio se da entre los hombres jóvenes transgénero, seguidos por aquellos que no se definen como ni hombres ni mujeres.

Consecuencias funcionales de la disforia de género

Machine Translated by Google

La inconformidad de género puede aparecer en todas las edades después de los primeros 2 o 3 años de la infancia y puede interferir con las actividades diarias. En los niños mayores, la inconformidad de género puede afectar las relaciones con los pares y puede conducir al aislamiento de los grupos de pares y a la angustia. Muchos niños experimentan burlas, acoso o presión para vestirse con ropa asociada con su sexo asignado al nacer, especialmente cuando crecen en un entorno que no los apoya ni los acepta.

También en adolescentes y adultos, la angustia resultante de la incongruencia de género interfiere a menudo con las actividades diarias. Las dificultades en las relaciones, incluidos los problemas en las relaciones sexuales, son comunes y el funcionamiento en la escuela o el trabajo puede verse afectado. La disforia de género se asocia con altos niveles de estigmatización, discriminación y victimización, lo que lleva a un autoconcepto negativo, mayores tasas de depresión, tendencias suicidas y otros trastornos mentales concomitantes, abandono escolar y marginación económica, incluido el desempleo, con las consiguientes consecuencias sociales. y riesgos para la salud mental, especialmente en personas que carecen de apoyo familiar o social. Además, el acceso de estas personas a los servicios de salud y de salud mental puede verse impedido por barreras estructurales, como la incomodidad institucional, la inexperiencia o la hostilidad hacia el trabajo con esta población de pacientes.

Diagnóstico diferencial

Inconformidad con los roles de género. La disforia de género debe distinguirse de la simple inconformidad con el comportamiento estereotipado del rol de género por el fuerte deseo de ser de otro género distinto al asignado y por el alcance y la omnipresencia de las actividades e intereses de las variantes de género. El diagnóstico no pretende simplemente describir la inconformidad con el comportamiento estereotipado de rol de género (p. ej., “marimacho” en las niñas, comportamiento de “niño femenino” en los niños, travestismo ocasional en hombres adultos). Dada la mayor apertura de las expresiones de género diverso por parte de individuos en todo el rango del espectro transgénero, es importante que el diagnóstico clínico se limite a aquellos individuos cuya angustia y deterioro cumplen con los criterios especificados.

Trastorno travesti. El trastorno transvestico se diagnostica en varones adolescentes y adultos heterosexuales (o bisexuales) (rara vez en mujeres) para quienes la ropa de mujer genera excitación sexual y causa angustia y/o deterioro sin poner en duda su género asignado. Ocasionalmente se acompaña de disforia de género. A un individuo con trastorno travesti que también tiene disforia de género clínicamente significativa se le pueden dar ambos diagnósticos. En algunos casos de disforia de género de inicio pospuberal en individuos asignados como varones al nacer y que se sienten atraídos por las mujeres, travestirse con excitación sexual es un precursor del diagnóstico de disforia de género.

Desórden dismórfico del cuerpo. Un individuo con trastorno dismórfico corporal se centra en la alteración o eliminación de una parte específica del cuerpo porque se percibe como anormalmente formada, no porque represente un género asignado repudiado. Cuando la presentación de un individuo cumple con los criterios tanto de disforia de género como de trastorno dismórfico corporal, se pueden dar ambos diagnósticos. Las personas que desean que les amputen un miembro sano (lo que se conoce como trastorno de identidad de la integridad corporal) porque les hace sentirse más “completos” normalmente no desean cambiar de género, sino más bien desean vivir como un amputado o una persona discapacitada.

Desorden del espectro autista. En personas con trastorno del espectro autista, diagnosticar la disforia de género puede resultar un desafío. Puede resultar difícil diferenciar posibles enfermedades concurrentes.

Machine Translated by Google

disforia de género por una preocupación autista debido al pensamiento concreto y rígido sobre los roles de género y/o la mala comprensión de las relaciones sociales características del trastorno del espectro autista.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En la esquizofrenia, rara vez hay delirios de pertenencia a otro género. En ausencia de síntomas psicóticos, la insistencia de un individuo con disforia de género en que es de otro género no se considera un delirio.

Pueden coexistir esquizofrenia (u otros trastornos psicóticos) y disforia de género. Los delirios de temática sexual pueden ocurrir en hasta el 20% de las personas con esquizofrenia. Por lo general, se pueden diferenciar de la disforia de género por su contenido extraño y por sus altibajos con remisiones y exacerbaciones de episodios psicóticos.

Otras presentaciones clínicas. Algunas personas con un deseo de emasculinización que desarrollan una identidad de género alternativa, no masculina ni femenina, tienen una presentación que cumple con los criterios de disforia de género. Sin embargo, algunos hombres buscan cirugía genital por razones estéticas o para eliminar los efectos psicológicos de los andrógenos sin cambiar la identidad masculina; en estos casos, no se cumplen los criterios de disforia de género.

Comorbilidad Los niños con disforia de género remitidos clínicamente muestran niveles elevados de ansiedad, trastornos disruptivos, de control de impulsos y depresivos. El trastorno del espectro autista es más prevalente en adolescentes y adultos con disforia de género clínicamente remitidos que en la población general.

Los adolescentes y adultos con disforia de género remitidos clínicamente suelen tener altas tasas de trastornos mentales asociados, siendo los trastornos de ansiedad y depresivos los más comunes.

Las personas que han sufrido acoso y violencia también pueden desarrollar un trastorno de estrés postraumático.

Otra disforia de género especificada

F64.8

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de la disforia de género que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de disforia de género. La otra categoría de disforia de género especificada se utiliza en situaciones en las que el médico elige comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de disforia de género. Esto se hace registrando "otra disforia de género especificada" seguida del motivo específico (p. ej., "disforia de género breve", en la que los síntomas cumplen todos los criterios de disforia de género pero la duración es inferior a los 6 meses requeridos).

Disforia de género no especificada

F64.9

Machine Translated by Google

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de la disforia de género que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de disforia de género. La categoría de disforia de género no especificada se utiliza en situaciones en las que el médico elige no especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para la disforia de género, e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Disrupción, control de impulsos y conducta Trastornos

Los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta incluyen afecciones que implican problemas en el autocontrol de las emociones y las conductas. Mientras que otros trastornos del DSM-5 también pueden implicar problemas en la regulación emocional y/o conductual, los trastornos de este capítulo son únicos en el sentido de que estos problemas se manifiestan en conductas que violan los derechos de otros (p. ej., agresión, destrucción de propiedad) y /o que pongan al individuo en conflicto significativo con normas sociales o figuras de autoridad. Las causas subyacentes de los problemas en el autocontrol de las emociones y las conductas pueden variar mucho entre los trastornos de este capítulo y entre los individuos dentro de una categoría diagnóstica determinada.

El capítulo incluye el trastorno de oposición desafiante, el trastorno explosivo intermitente, el trastorno de conducta, el trastorno de personalidad antisocial (que se describe en el capítulo “Trastornos de la personalidad”), la piromanía, la cleptomanía y otros trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta, especificados y no especificados. Aunque todos los trastornos del capítulo implican problemas tanto en la regulación emocional como en la conductual, la fuente de variación entre los trastornos es el énfasis relativo en los problemas en los dos tipos de autocontrol. Por ejemplo, los criterios para el trastorno de conducta se centran en gran medida en conductas mal controladas que violan los derechos de los demás o que violan normas sociales importantes. Estos comportamientos pueden o no ser el resultado de emociones mal controladas. Algunos síntomas del trastorno de conducta (p. ej., ciertas formas de agresión) pueden atribuirse a respuestas emocionales restringidas. En el otro extremo, los criterios para el trastorno explosivo intermitente se centran en gran medida en emociones mal controladas, arrebatos de ira que son desproporcionados con respecto a la provocación interpersonal o de otro tipo o a otros factores estresantes psicosociales.

De impacto intermedio a estos dos trastornos se encuentra el trastorno de oposición desafiante, en el que los criterios se distribuyen de manera más uniforme entre emociones (ira e irritación) y comportamientos (argumentación y desafío). La piromanía y la cleptomanía se caracterizan por un control deficiente de los impulsos relacionados con conductas específicas (prender fuego o robar) que alivian la tensión interna. Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado es una categoría para afecciones en las que hay síntomas de trastorno de conducta, trastorno de oposición desafiante u otros trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, pero el número o tipo de síntomas no alcanzar el umbral diagnóstico para cualquiera de los trastornos de este capítulo, aunque exista evidencia de deterioro clínicamente significativo asociado con los síntomas.

Los trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta tienden a ser más comunes en niños y hombres que en niñas y mujeres, aunque el grado relativo de predominio masculino puede diferir entre trastornos y dentro de un trastorno en diferentes edades. Los trastornos de este capítulo tienden a aparecer por primera vez en la niñez o la adolescencia. De hecho, es muy raro que el trastorno de conducta o el trastorno de oposición desafiante surjan por primera vez en la edad adulta. Existe una relación de desarrollo entre el trastorno de oposición desafiante y el trastorno de conducta, en el sentido de que la mayoría de los casos de conducta

Machine Translated by Google

El trastorno de conducta anteriormente habría tenido síntomas que cumplían los criterios del trastorno de oposición desafiante, al menos en aquellos casos en los que el trastorno de conducta surge antes de la adolescencia. Sin embargo, la mayoría de los niños con trastorno de oposición desafiante eventualmente no desarrollan un trastorno de conducta.
Además, los niños con

El trastorno de oposición desafiante corre el riesgo de desarrollar eventualmente otros problemas además del trastorno de conducta, incluidos los trastornos de ansiedad y depresivos.

Muchos de los síntomas que definen los trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta son conductas que pueden ocurrir hasta cierto punto en personas con un desarrollo típico. Por lo tanto, es fundamental que la frecuencia, la persistencia, la omnipresencia en las situaciones y el deterioro asociado con las conductas indicativas del diagnóstico se consideren en relación con lo que es normativo para la edad, el género y la cultura de una persona al determinar si son sintomáticos de un trastorno. .

Los trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta se han relacionado con un espectro externalizante común asociado con las dimensiones de personalidad de desinhibición y emocionalidad negativa (algunas facetas); e inversamente con restricción y amabilidad. Estas dimensiones de personalidad compartidas podrían explicar el alto nivel de comorbilidad entre estos trastornos y su frecuente comorbilidad con los trastornos por uso de sustancias y el trastorno de personalidad antisocial.
Sin embargo, aún se desconoce la naturaleza específica de la diátesis compartida que constituye el espectro externalizante.

Trastorno de oposición desafiante

Criterios de diagnóstico F91.3

A. Un patrón de estado de ánimo enojado/irritable, comportamiento discutidor/desafiante o vengativo que dura al menos 6 meses, como lo evidencian al menos cuatro síntomas de cualquiera de las siguientes categorías y se exhibe durante la interacción con al menos un individuo que no es un hermano. .

Estado de ánimo enojado/

irritable 1. A menudo pierde los estribos.

2. A menudo es susceptible o se molesta fácilmente.

3. A menudo está enojado y resentido.

Comportamiento argumentativo/desafiante 4. A

menudo discute con figuras de autoridad o, en el caso de niños y adolescentes, con adultos.

5. A menudo desafía activamente o se niega a cumplir con las solicitudes de figuras de autoridad. o con reglas.

6. A menudo molesta deliberadamente a los demás.

7. A menudo culpa a otros por sus errores o mala conducta.

Machine Translated by Google

Espíritu de venganza

8. Ha sido rencoroso o vengativo al menos dos veces en los últimos 6 meses.

Nota: La persistencia y frecuencia de estos comportamientos deben usarse para distinguir un comportamiento que está dentro de los límites normales de un comportamiento sintomático. Para niños menores de 5 años, el comportamiento debe ocurrir la mayoría de los días durante un período de al menos 6 meses, a menos que se indique lo contrario (Criterio A8). Para personas de 5 años o más, el comportamiento debe ocurrir al menos una vez por semana durante al menos 6 meses, a menos que se indique lo contrario (Criterio A8). Si bien estos criterios de frecuencia brindan orientación sobre un nivel mínimo de frecuencia para definir los síntomas, también se deben considerar otros factores, como si la frecuencia y la intensidad de las conductas están fuera de un rango normativo para el nivel de desarrollo, género y cultura del individuo. .

B. La alteración del comportamiento está asociada con angustia en el individuo o en otras personas en su contexto social inmediato (p. ej., familia, grupo de pares, compañeros de trabajo), o impacta negativamente en áreas sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de la vida. marcha.

C. Las conductas no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico, por uso de sustancias, depresivo o bipolar. Además, no se cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Especifique la gravedad actual:

Leve: los síntomas se limitan a un solo entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con compañeros).

Moderado: algunos síntomas están presentes en al menos dos entornos.

Grave: algunos síntomas están presentes en tres o más entornos.

Especificadores

No es raro que las personas con trastorno de oposición desafiante muestren síntomas sólo en casa y sólo con miembros de la familia. Sin embargo, la omnipresencia de los síntomas es un indicador de la gravedad del trastorno.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de oposición desafiante es un patrón frecuente y persistente de estado de ánimo enojado/irritable, comportamiento argumentativo/desafiante o espíritu vengativo (Criterio A). No es inusual que las personas con trastorno de oposición desafiante muestren las características conductuales del trastorno sin problemas de estado de ánimo negativo. Sin embargo, las personas con el trastorno que muestran síntomas de estado de ánimo de enojo/irritabilidad generalmente también muestran características de comportamiento.

Los síntomas del trastorno de oposición desafiante pueden limitarse a un solo entorno, que suele ser el hogar. Los individuos que muestran suficientes síntomas para alcanzar el umbral de diagnóstico, incluso si es sólo en casa, pueden verse significativamente afectados en su funcionamiento social.

Machine Translated by Google

Sin embargo, en los casos más graves, los síntomas del trastorno están presentes en múltiples entornos. Dado que la omnipresencia de los síntomas es un indicador de la gravedad del trastorno, es fundamental que el comportamiento del individuo se evalúe en múltiples entornos y relaciones.
Debido a que estos comportamientos son comunes entre hermanos, deben observarse durante las interacciones con personas que no sean hermanos. Además, debido a que los síntomas del trastorno suelen ser más evidentes en las interacciones con adultos o compañeros a quienes el individuo conoce bien, es posible que no sean evidentes durante un examen clínico.

Los síntomas del trastorno de oposición desafiante pueden ocurrir hasta cierto punto en personas sin este trastorno. Hay varias consideraciones clave para determinar si las conductas son sintomáticas del trastorno de oposición desafiante. En primer lugar, se debe alcanzar el umbral diagnóstico de cuatro o más síntomas en los 6 meses anteriores. En segundo lugar, la persistencia y frecuencia de los síntomas deben exceder lo normativo para la edad, el género y la cultura de un individuo.
Los arrebatos de mal genio en un niño en edad preescolar se considerarían un síntoma del trastorno de oposición desafiante sólo si ocurrieron la mayoría de los días durante los 6 meses anteriores, si ocurrieron con al menos otros tres síntomas del trastorno y si los arrebatos de mal genio contribuyeron a la significativa deterioro asociado con el trastorno (p. ej., provocó la destrucción de la propiedad durante arrebatos, provocó que se le pidiera al niño que abandonara el preescolar). Cabe señalar que la pérdida de temperamento no siempre implica una conducta de rabieta y puede manifestarse mediante expresiones faciales de enojo, expresiones verbales de enojo y sentimientos subjetivos de enojo que normalmente no se considerarían una rabieta.

Los síntomas del trastorno a menudo son parte de un patrón de interacciones problemáticas con los demás. Además, las personas con este trastorno normalmente no se consideran enojadas, oposicionistas o desafiantes. En cambio, a menudo justifican su comportamiento como una respuesta a demandas o circunstancias irrazonables. Por lo tanto, puede resultar difícil desentrañar la contribución relativa del individuo con el trastorno a las interacciones problemáticas que experimenta. Por ejemplo, los niños con trastorno de oposición desafiante pueden tener

experimentado una historia de crianza hostil y, a menudo, es imposible determinar si el comportamiento del niño provocó que los padres actuaran de una manera más hostil hacia el niño, si la hostilidad de los padres condujo al comportamiento problemático del niño o si hubo alguna combinación. de ambos. El hecho de que el médico pueda o no separar las contribuciones relativas de los posibles factores causales no debería influir en la realización del diagnóstico. En el caso de que el niño viva en condiciones particularmente pobres donde pueda ocurrir negligencia o maltrato (p. ej., en entornos institucionales), puede ser útil prestar atención clínica para reducir la contribución del entorno.

Funciones asociadas

Dos de las afecciones concurrentes más comunes con el trastorno de oposición desafiante son el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el trastorno de conducta (consulte la sección "Comorbilidad" para este trastorno). El trastorno de oposición desafiante se ha asociado con un mayor riesgo de intentos de suicidio, incluso después de controlar los trastornos comórbidos.

Machine Translated by Google

Predominio

La prevalencia transnacional del trastorno de oposición desafiante oscila entre el 1% y el 11%, con una prevalencia estimada promedio de alrededor del 3,3%. La tasa de trastorno de oposición desafiante puede variar según la edad y el sexo del niño. El trastorno parece ser algo más prevalente en niños que en niñas (1,59:1) antes de la adolescencia. Este predominio masculino no se encuentra consistentemente en muestras de adolescentes o adultos.

Desarrollo y evolución

Los primeros síntomas del trastorno de oposición desafiante suelen aparecer durante los años preescolares y rara vez después de la adolescencia temprana. El trastorno de oposición desafiante a menudo precede al desarrollo del trastorno de conducta, especialmente en aquellos con el tipo de trastorno de conducta de inicio en la niñez. Sin embargo, muchos niños y adolescentes con trastorno de oposición desafiante no desarrollan posteriormente un trastorno de conducta. El trastorno de oposición desafiante también conlleva riesgo de desarrollo de trastornos de ansiedad y trastorno depresivo mayor, incluso en ausencia de un trastorno de conducta. Los síntomas desafiantes, argumentativos y vengativos conllevan la mayor parte del riesgo de trastorno de conducta, mientras que los síntomas del estado de ánimo enojado/irritable conllevan la mayor parte del riesgo de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Las manifestaciones del trastorno a lo largo del desarrollo parecen consistentes. Los niños y adolescentes con trastorno de oposición desafiante tienen un mayor riesgo de sufrir una serie de problemas de adaptación en la edad adulta, incluidos deterioros funcionales (p. ej., problemas en las relaciones con la familia, los pares y las parejas románticas; menor nivel educativo; más estrés en el lugar de trabajo), la persistencia del trastorno de oposición desafiante y otras psicopatologías, como conducta antisocial, problemas de control de impulsos, abuso de sustancias, ansiedad y depresión.

Muchas de las conductas asociadas con el trastorno de oposición desafiante aumentan en frecuencia durante el período preescolar y en la adolescencia. Por lo tanto, es especialmente crítico durante estos períodos de desarrollo que la frecuencia e intensidad de estos comportamientos se evalúen frente a niveles normativos antes de decidir que son síntomas del trastorno de oposición desafiante. Por ejemplo, no es inusual que los niños en edad preescolar tengan rabietas semanalmente, pero las rabietas diarias ocurren sólo en alrededor del 10% de los niños en edad preescolar.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Temperamental. Factores temperamentales relacionados con problemas en la regulación emocional (p. ej., alta niveles de reactividad emocional, poca tolerancia a la frustración) han sido predictivos del trastorno.

Ambiental. Los niños con trastorno de oposición desafiante influyen en su entorno, que a su vez puede influir en ellos. Por ejemplo, las prácticas de crianza duras, inconsistentes o negligentes predicen aumentos en los síntomas, y los síntomas de oposición predicen aumentos en la crianza dura e inconsistente. En niños y adolescentes, el trastorno de oposición desafiante es más frecuente en familias en las que el cuidado infantil se ve interrumpido por una sucesión de diferentes cuidadores.

Los niños con trastorno de oposición desafiante también corren un mayor riesgo de sufrir acoso por parte de sus compañeros y de ser acosados por sus compañeros.

Machine Translated by Google

Genético y fisiológico. Varios marcadores neurobiológicos (p. ej., menor frecuencia cardíaca y reactividad de la conductancia de la piel; reducción de la reactividad del cortisol basal; anomalías en la corteza prefrontal y la amígdala) se han asociado con el trastorno de oposición desafiante. Los estudios han demostrado influencias genéticas superpuestas para los síntomas de irritabilidad y ira del trastorno de oposición desafiante con la depresión y el trastorno de ansiedad generalizada. Hasta la fecha, la gran mayoría de los estudios no han separado a los niños con trastorno de oposición desafiante de aquellos con trastorno de conducta. Se necesitan más estudios de marcadores específicos del trastorno de oposición desafiante.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura La prevalencia informada del trastorno de oposición desafiante u otros trastornos disruptivos puede verse afectada por diagnósticos erróneos o sobrediagnósticos de individuos de algunos orígenes culturales. Las normas sociales pueden afectar la prevalencia del trastorno y su predominio del género masculino en niños y adolescentes. Un metanálisis de las tasas de prevalencia en la infancia media encontró que el trastorno es más común en los niños que en las niñas en las culturas occidentales, pero que la prevalencia es similar en todos los géneros en las culturas no occidentales. Además, a pesar de las experiencias adversas, los inmigrantes y refugiados de primera generación pueden tener un menor riesgo de desarrollar síntomas del trastorno de oposición desafiante.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Algunos estudios encuentran pocas diferencias de sexo o género para este trastorno en comparación con, por ejemplo, el trastorno de conducta. Puede haber ligeras diferencias en los factores de riesgo con una paternidad severa más asociada con el trastorno de oposición desafiante en las niñas pero no en los niños.

Consecuencias funcionales del trastorno de oposición desafiante Cuando el trastorno de oposición desafiante es persistente durante todo el desarrollo, las personas que lo padecen experimentan conflictos frecuentes con padres, maestros, supervisores, compañeros y parejas románticas. Estos problemas a menudo resultan en deterioros significativos en la adaptación emocional, social, académica y ocupacional del individuo.

Diagnóstico diferencial

Desorden de conducta. El trastorno de conducta y el trastorno de oposición desafiante están relacionados con problemas de conducta que ponen al individuo en conflicto con adultos y otras figuras de autoridad (p. ej., maestros, supervisores de trabajo). Las conductas del trastorno de oposición desafiante suelen ser de naturaleza menos grave que las del trastorno de conducta y no incluyen agresión hacia personas o animales, destrucción de propiedad o un patrón de robo o engaño. Sin embargo, la evidencia sugiere que el trastorno de oposición desafiante se asocia con niveles de deterioro equivalentes o incluso mayores que el trastorno de conducta. Además, el trastorno de oposición desafiante incluye problemas de desregulación emocional (es decir, estado de ánimo enojado e irritable) que no están incluidos en la definición de trastorno de conducta.

Trastorno de adaptación. Los factores estresantes ambientales y familiares pueden estar asociados con la externalización. Manifestaciones de desregulación emocional. En los niños, estos pueden manifestarse como

Machine Translated by Google

rabietas y comportamiento de oposición; y en adolescentes, como conductas agresivas (p. ej., rebelión y desafío). La asociación temporal con un factor estresante y una duración de los síntomas de menos de seis meses después de la resolución del factor estresante pueden ayudar a distinguir el trastorno de adaptación del trastorno de oposición desafiante.

Trastorno de estrés postraumático. En niños menores de 6 años, el trastorno de estrés postraumático puede manifestarse inicialmente como conductas desreguladas, oposición y rabietas; la asociación con un evento traumático y con otros síntomas específicos (juego traumático) son claves para establecer el diagnóstico. En los adolescentes, la recreación traumática y la asunción de riesgos pueden malinterpretarse como desafío y oposición o como problemas de conducta.

Desorden hiperactivo y deficit de atencion. El TDAH suele ser comórbido con el trastorno de oposición desafiante. Para realizar el diagnóstico adicional de trastorno de oposición desafiante, es importante determinar que la incapacidad del individuo para adaptarse a las solicitudes de los demás no se produce únicamente en situaciones que exigen esfuerzo y atención sostenidos o que exigen que el individuo se quede quieto.

Trastornos depresivos y bipolares. Los trastornos depresivos y bipolares a menudo implican afecto negativo e irritabilidad. Como resultado, no se debe realizar un diagnóstico de trastorno de oposición desafiante si los síntomas ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno del estado de ánimo.

Trastorno disruptivo de desregulación del estado de ánimo. El trastorno de oposición desafiante comparte con el trastorno de desregulación del estado de ánimo disruptivo los síntomas del estado de ánimo irritable crónico y los arrebatos de temperamento. Sin embargo, si el estado de ánimo irritable y otros síntomas cumplen los criterios del trastorno de desregulación del estado de ánimo disruptivo, no se realiza un diagnóstico de trastorno de oposición desafiante, incluso si se cumplen todos los criterios del trastorno de oposición desafiante.

Trastorno explosivo intermitente. El trastorno explosivo intermitente también implica altos índices de ira. Sin embargo, las personas con este trastorno muestran una agresión grave hacia los demás que no forma parte de la definición de trastorno de oposición desafiante.

Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual). En En individuos con trastorno del desarrollo intelectual, se da un diagnóstico de trastorno de oposición desafiante sólo si el comportamiento de oposición es marcadamente mayor que el que se observa comúnmente entre individuos de edad mental comparable y con discapacidad intelectual de gravedad comparable.

Trastorno del lenguaje. El trastorno de oposición desafiante también debe distinguirse de la falta de seguimiento de instrucciones que es el resultado de una alteración de la comprensión del lenguaje (p. ej., pérdida de audición).

Desorden de ansiedad social. El trastorno de oposición desafiante también debe distinguirse del desafío debido al miedo a la evaluación negativa asociada con el trastorno de ansiedad social.

Comorbilidad Las tasas de trastorno de oposición desafiante son mucho más altas en muestras de niños, adolescentes y adultos con TDAH, y esto puede ser el resultado de factores de riesgo temperamentales compartidos. Además, el trastorno de oposición desafiante a menudo precede al trastorno de conducta, aunque parece ser más común en niños con el subtipo de inicio en la niñez. Las personas con trastorno de oposición desafiante también tienen un mayor riesgo de sufrir trastornos de ansiedad y trastorno depresivo mayor, y esto parece atribuible en gran medida a la presencia de síntomas del estado de ánimo de enojo-irritabilidad. Extremadamente alto

Machine Translated by Google

se han informado tasas de comorbilidad entre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y los síntomas característicos del trastorno de oposición desafiante, y la mayoría de las personas con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo tienen síntomas que cumplen con los criterios del trastorno de oposición desafiante (como mostrar síntomas argumentativos/desafiantes); pero debido a que el trastorno de oposición desafiante no puede diagnosticarse si también se cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, en tales casos solo se diagnosticaría el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
Los adolescentes y adultos con trastorno de oposición desafiante también muestran una tasa más alta de trastornos por uso de sustancias.

aunque no está claro si esta asociación es independiente de la comorbilidad con el trastorno de conducta.

Trastorno explosivo intermitente

Criterios de diagnóstico F63.81

A. Estallidos de comportamiento recurrentes que representan una falta de control de la agresividad.
impulsos manifestados por cualquiera de los siguientes: 1. Agresión

verbal (p. ej., rabietas, diatribas, discusiones o peleas verbales) o agresión física hacia la propiedad, animales u otros individuos, que ocurre dos veces por semana, en promedio, durante un período de 3 meses. La agresión física no resulta en daño o destrucción de propiedad y no resulta en lesiones físicas a animales u otras personas.

2. Tres arrebatos de comportamiento que involucran daño o destrucción de propiedad y/o agresión física que involucra lesiones físicas contra animales u otros individuos que ocurren dentro de un período de 12 meses.

B. La magnitud de la agresividad expresada durante los estallidos recurrentes está muy desproporcionada con la provocación o con cualquier factor estresante psicosocial precipitante.

C. Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos y/o están basados en la ira) y no están comprometidos a lograr algún objetivo tangible (por ejemplo, dinero, poder, intimidación).

D. Los arrebatos agresivos recurrentes causan una marcada angustia en el individuo o un deterioro en el funcionamiento ocupacional o interpersonal, o están asociados con consecuencias financieras o legales.

E. La edad cronológica es de al menos 6 años (o nivel de desarrollo equivalente).

F. Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, un trastorno psicótico, trastorno de personalidad antisocial, trastorno límite de la personalidad) y no son atribuibles a otra afección médica (ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer) o a los efectos fisiológicos

Machine Translated by Google

de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento). Para niños de 6 a 18 años, el comportamiento agresivo que ocurre como parte de un trastorno de adaptación no debe considerarse para este diagnóstico.

Nota: Este diagnóstico se puede realizar además del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno de conducta, trastorno de oposición desafiante o trastorno del espectro autista cuando los arrebatos impulsivos agresivos recurrentes exceden los que normalmente se observan en estos trastornos y justifican un diagnóstico clínico independiente. atención.

Características diagnósticas

Los arrebatos agresivos impulsivos (o basados en la ira) en el trastorno explosivo intermitente tienen un inicio rápido y, por lo general, un período prodrómico escaso o nulo. Los arrebatos suelen durar menos de 30 minutos y suelen ocurrir en respuesta a una provocación menor por parte de un íntimo cercano o un asociado.
Las personas con trastorno explosivo intermitente a menudo tienen episodios menos graves de agresión física verbal o no dañina, no destructiva o no perjudicial (Criterio A1) entre episodios destructivos/agresivos más graves (Criterio A2). El Criterio A1 define arrebatos agresivos frecuentes (es decir, dos veces por semana, en promedio, durante un período de 3 meses) caracterizados por rabietas, diatribas, discusiones o peleas verbales, o agresiones sin dañar objetos o sin herir a animales u otros individuos. El Criterio A2 define arrebatos agresivos impulsivos poco frecuentes (es decir, tres en un período de 1 año) caracterizados por dañar o destruir un objeto, independientemente de su valor tangible, o por

agredir/golpear o causar de otro modo daño físico a un animal o a otro individuo.
Independientemente de la naturaleza del arrebato agresivo impulsivo, la característica central del trastorno explosivo intermitente es la incapacidad de controlar el comportamiento agresivo impulsivo en respuesta a una provocación experimentada subjetivamente (es decir, un factor de estrés psicosocial) que normalmente no resultaría en un arrebato agresivo (Criterio B). Los arrebatos agresivos son generalmente impulsivos o basados en la ira en lugar de premeditados o instrumentales (Criterio C) y causan angustia o deterioro significativo en el funcionamiento ocupacional o interpersonal o están asociados con consecuencias financieras o legales (Criterio D). No se debe dar un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente a personas menores de 6 años o al nivel de desarrollo equivalente (Criterio E), ni a personas cuyos arrebatos agresivos se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio F). No se debe dar un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente a personas con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo o a personas cuyos arrebatos impulsivos y agresivos son atribuibles a otra afección médica o a los efectos fisiológicos de una sustancia (Criterio F). Además, los niños de 6 a 18 años no deben recibir este diagnóstico cuando ocurren arrebatos impulsivos agresivos en el contexto de un trastorno de adaptación (Criterio F).

Funciones asociadas

Los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y los trastornos por uso de sustancias se asocian con el trastorno explosivo intermitente, aunque la aparición de estos trastornos suele ser más tardía que la del trastorno explosivo intermitente.

Machine Translated by Google

La investigación proporciona apoyo neurobiológico para la presencia de anomalías serotoninérgicas, globalmente y en el cerebro, específicamente en áreas del sistema límbico (cingulado anterior) y la corteza orbitofrontal en individuos con trastorno explosivo intermitente. Las respuestas de la amígdala a los estímulos de ira, durante la exploración por resonancia magnética funcional, son mayores en personas con trastorno explosivo intermitente en comparación con personas sanas. Además, el volumen de materia gris en varias regiones frontolímbicas se reduce y se correlaciona inversamente con las medidas de agresión en individuos con trastorno explosivo intermitente, aunque estas diferencias cerebrales no siempre se observan.

Predominio

La prevalencia anual del trastorno explosivo intermitente en los Estados Unidos es de alrededor del 2,6%, con una prevalencia a lo largo de la vida del 4,0%. En los Estados Unidos, hay prevalencias de 1 año más altas del 3,9% y el 6,9% (definición estricta) entre los adolescentes afroamericanos y negros caribeños, respectivamente, especialmente entre los hombres. Esto es consistente con tasas más altas de trastorno psiquiátrico en 12 meses entre hombres inmigrantes negros caribeños y sus descendientes de segunda y tercera generación, posiblemente asociados con la movilidad social descendente y los efectos del racismo. Sin embargo, la prevalencia informada de trastornos de conducta u otros trastornos disruptivos puede verse afectada por diagnósticos erróneos o sobrediagnósticos de individuos de algunos orígenes culturales.
El trastorno explosivo intermitente es más prevalente entre personas más jóvenes (p. ej., menores de 35 a 40 años), en comparación con personas mayores de 50 años y personas con educación secundaria o menos. En algunos estudios, la prevalencia del trastorno explosivo intermitente es mayor en hombres y niños que en mujeres y niñas; otros estudios no han encontrado diferencias de sexo o género.

Desarrollo y evolución La aparición

de una conducta agresiva impulsiva, problemática y recurrente es más común al final de la niñez o en la adolescencia y rara vez comienza por primera vez después de los 40 años. El curso del trastorno puede ser episódico, con períodos recurrentes de arrebatos impulsivos y agresivos. El trastorno explosivo intermitente parece seguir un curso crónico y persistente durante muchos años. También parece ser bastante común independientemente de la presencia o ausencia de

trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) u otros trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta (p. ej., trastorno de conducta, trastorno de oposición desafiante).

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Las personas con antecedentes de trauma físico y emocional durante los primeros 20 años de vida tienen un mayor riesgo de sufrir un trastorno explosivo intermitente. El desplazamiento prolongado del hogar y la separación de familiares son factores de riesgo en algunos entornos de población de refugiados.

Genético y fisiológico. Los familiares de primer grado de personas con trastorno explosivo intermitente tienen un mayor riesgo de padecer trastorno explosivo intermitente, y estudios con gemelos han demostrado una influencia genética sustancial en la agresión impulsiva.

Machine Translated by Google

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

La menor prevalencia del trastorno explosivo intermitente en algunas regiones (Asia, Medio Oriente) o países (Rumania, Nigeria), en comparación con los Estados Unidos, sugiere que tampoco se obtiene información sobre conductas agresivas impulsivas, problemáticas y recurrentes. en el interrogatorio o es menos probable que esté presente, debido a factores culturales.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

Un estudio de 1.460 voluntarios de investigación encontró que el trastorno explosivo intermitente comórbido con el trastorno de estrés postraumático se asoció con una tasa notablemente elevada de intentos de suicidio en la vida (41%). El trastorno de estrés postraumático y el trastorno explosivo intermitente fueron los únicos trastornos asociados con el intento de suicidio entre los soldados con ideación suicida, aunque el papel del trastorno explosivo intermitente fue menos claro en los análisis multivariados.

Consecuencias funcionales del trastorno explosivo intermitente

Sociales (p. ej., pérdida de amigos, parientes, inestabilidad matrimonial), ocupacionales (p. ej., descenso de categoría, pérdida de empleo), financieras (p. ej., debido al valor de los objetos destruidos) y legales (p. ej., demandas civiles). como resultado de un comportamiento agresivo contra una persona o propiedad; cargos penales por agresión) a menudo se desarrollan problemas como resultado de un desorden explosivo intermitente.

Diagnóstico diferencial

No se debe realizar un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente cuando los criterios A1 y/o A2 solo se cumplen durante un episodio de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno psicótico) o cuando son atribuibles arrebatos impulsivos agresivos. a otra condición médica o a los efectos fisiológicos de una sustancia o medicamento. Este diagnóstico tampoco debe hacerse, particularmente en niños y adolescentes de 6 a 18 años, cuando los arrebatos impulsivos agresivos ocurren en el contexto de un trastorno de adaptación.

Trastorno disruptivo de desregulación del estado de ánimo. A diferencia del trastorno explosivo intermitente, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente negativo (es decir, irritabilidad, ira) la mayor parte del día, casi todos los días, entre arrebatos impulsivos y agresivos. Un diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo sólo se puede dar cuando la aparición de arrebatos agresivos impulsivos, problemáticos y recurrentes se produce antes de los 10 años. Por último, no se debe realizar un diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo por primera vez después de los 18 años. De lo contrario, estos diagnósticos son mutuamente excluyentes.

Trastorno de personalidad antisocial o trastorno límite de la personalidad. Individuos con antisocial trastorno de personalidad o trastorno límite de la personalidad a menudo presentan síntomas recurrentes,

arrebatos agresivos impulsivos problemáticos. Sin embargo, el nivel de agresión impulsiva en individuos con trastorno de personalidad antisocial o trastorno límite de la personalidad es menor que el de individuos con trastorno explosivo intermitente.

Machine Translated by Google

Delirio, trastorno neurocognitivo mayor y cambio de personalidad debido a otra condición médica, de tipo agresivo.

No se debe realizar un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente cuando se considera que los arrebatos agresivos son el resultado de los efectos fisiológicos de otra afección médica diagnosticable (p. ej., lesión cerebral asociada con un cambio de personalidad caracterizado por arrebatos agresivos; epilepsia parcial compleja). Las anomalías inespecíficas en el examen neurológico (p. ej., "signos leves") y los cambios electroencefalográficos inespecíficos son compatibles con un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente a menos que exista una afección médica diagnosticable que explique mejor los arrebatos impulsivos y agresivos.

Intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias.

No se debe realizar un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente cuando los arrebatos impulsivos y agresivos casi siempre se asocian con intoxicación o abstinencia de sustancias (p. ej., alcohol, fenciclidina, cocaína y otros estimulantes, barbitúricos, inhalantes). Sin embargo, cuando también ocurre un número suficiente de arrebatos impulsivos agresivos en ausencia de intoxicación o abstinencia de sustancias, y estos requieren atención clínica independiente, se puede dar un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno de conducta, trastorno de oposición desafiante o trastorno del espectro autista.

Las personas con cualquiera de estos trastornos que aparecen en la infancia pueden presentar arrebatos impulsivos y agresivos. Las personas con TDAH suelen ser impulsivas y, como resultado, también pueden presentar arrebatos impulsivos y agresivos. Si bien los individuos con trastorno de conducta pueden exhibir arrebatos agresivos impulsivos, la forma de agresión caracterizada por los criterios de diagnóstico es proactiva y depredadora. La agresión en el trastorno de oposición desafiante se caracteriza típicamente por rabietas y discusiones verbales con figuras de autoridad, mientras que los arrebatos impulsivos y agresivos en el trastorno explosivo intermitente responden a una gama más amplia de provocaciones e incluyen agresiones físicas. Se ha informado que el nivel de agresión impulsiva en individuos con antecedentes de uno o más de estos trastornos es más bajo que el de individuos comparables cuyos síntomas también cumplen con los criterios A a E del trastorno explosivo intermitente. En consecuencia, si también se cumplen los criterios A a E, y los arrebatos impulsivos agresivos requieren atención clínica independiente, se puede dar un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente.

Comorbilidad

Los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y los trastornos por uso de sustancias son los más comúnmente comórbidos con el trastorno explosivo intermitente en muestras comunitarias. Además, las personas con trastorno de personalidad antisocial o trastorno límite de la personalidad y las personas con antecedentes de trastornos con conductas disruptivas (p. ej., TDAH, trastorno de conducta, trastorno de oposición desafiante) tienen un mayor riesgo de sufrir un trastorno explosivo intermitente comórbido.

Desorden de conducta

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón de comportamiento repetitivo y persistente en el que los derechos básicos de los demás

Machine Translated by Google

o se violan normas o reglas sociales importantes apropiadas para la edad, como se manifiesta por la presencia de al menos tres de los siguientes 15 criterios en los últimos 12 meses de cualquiera de las categorías siguientes, con al menos un criterio presente en los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales 1. A menudo intimida, amenaza o intimida a otros.

2. A menudo inicia peleas físicas.

3. Ha usado un arma que puede causar daño físico grave a otros (por ejemplo, un bate, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, una pistola).

4. Ha sido físicamente cruel con las personas.

5. Ha sido físicamente cruel con los animales.

6. Ha robado mientras se enfrentaba a una víctima (por ejemplo, atraco, robo de cartera, extorsión, robo a mano armada).

7. Ha obligado a alguien a tener actividad sexual.

Destrucción de propiedad 8. Ha iniciado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves. daño.

9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de otros (que no sea mediante incendio).

Engaño o robo

10. Ha irrumpido en la casa, edificio o automóvil de otra persona.

11. Muchas veces miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (es decir, “contras” otros).

12. Ha robado artículos de valor no trivial sin confrontar a la víctima (p. ej., hurto en tiendas, pero sin allanamiento de morada; falsificación).

Violaciones graves de las reglas

13. A menudo sale por la noche a pesar de las prohibiciones de los padres, comenzando antes de los 13 años. años.

14. Se ha escapado de casa durante la noche al menos dos veces mientras vivía en el hogar de sus padres o de sus padres sustitutos, o una vez sin regresar por un período prolongado.

15. A menudo falta a la escuela, comenzando antes de los 13 años.

B. La alteración del comportamiento causa un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico u ocupacional.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no se cumplen los criterios de antisocial. desorden de personalidad.

Especifique si: F91.1

Tipo de inicio en la niñez: Los individuos muestran al menos un síntoma característico de trastorno de conducta antes de los 10 años.

F91.2 Tipo de inicio en la adolescencia: los individuos no muestran síntomas característicos de

Machine Translated by Google

Trastorno de conducta antes de los 10 años.

F91.9 Inicio no especificado: se cumplen los criterios para un diagnóstico de trastorno de conducta, pero no hay suficiente información disponible para determinar si el inicio del primer síntoma fue antes o después de los 10 años.

Especifique

si: Con emociones prosociales limitadas: Para calificar para este especificador, un individuo debe haber mostrado al menos dos de las siguientes características de manera persistente durante al menos 12 meses y en múltiples relaciones y entornos. Estas características reflejan el patrón típico de funcionamiento interpersonal y emocional del individuo durante este período y no sólo ocurrencias ocasionales en algunas situaciones. Por tanto, para evaluar los criterios del especificador, se necesitan múltiples fuentes de información. Además del autoinforme del individuo, es necesario considerar los informes de otras personas que lo han conocido durante largos períodos de tiempo (p. ej., padres, maestros, compañeros de trabajo, familiares extendidos, compañeros).

Falta de remordimiento o culpa: No se siente mal o culpable cuando hace algo mal (excluya el remordimiento cuando se expresa sólo cuando lo descubren y/o enfrenta un castigo). El individuo muestra una falta general de preocupación por las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no se arrepiente de haber lastimado a alguien o no le importan las consecuencias de romper las reglas.

Insensible: falta de empatía: ignora y no se preocupa por los sentimientos de los demás. El individuo es descrito como frío e indiferente. El individuo parece más preocupado por los efectos de sus acciones en sí mismo que en los efectos sobre los demás, incluso cuando resultan en un daño sustancial a otros.

Despreocupado por el desempeño: No muestra preocupación por el desempeño deficiente o problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. El individuo no hace el esfuerzo necesario para desempeñarse bien, incluso cuando las expectativas son claras, y normalmente culpa a otros por su mal desempeño.

Afecto superficial o deficiente: No expresa sentimientos ni muestra emociones a los demás, excepto de maneras que parecen superficiales, poco sinceras o superficiales (p. ej., las acciones contradicen la emoción mostrada; pueden "activar" o "apagar" las emociones rápidamente) o cuando son emocionales. las expresiones se utilizan para obtener ganancias (p. ej., emociones mostradas para manipular o intimidar a otros).

Especifique la gravedad

actual: Leve: Hay pocos o ningún problema de conducta que supere los necesarios para hacer el diagnóstico, y los problemas de conducta causan un daño relativamente menor a los demás (p. ej., mentir, ausentarse injustificadamente, salir después del anochecer sin permiso, otras reglas).

Machine Translated by Google

rotura).

Moderado: el número de problemas de conducta y el efecto en los demás son intermedios entre los especificados en “leve” y los “graves” (por ejemplo, robar sin confrontar a la víctima, vandalismo).

Grave: Hay muchos problemas de conducta que exceden los necesarios para hacer el diagnóstico, o los problemas de conducta causan un daño considerable a otros (p. ej., sexo forzado, crueldad física, uso de un arma, robo mientras se confronta a una víctima, allanamiento de morada).

Subtipos

Se proporcionan tres subtipos de trastorno de conducta según la edad de aparición del trastorno. Tanto el subtipo de inicio en la infancia como el de inicio en la adolescencia pueden presentarse de forma leve, moderada o grave. Se designa un subtipo de inicio no especificado cuando no hay información suficiente para determinar la edad. al inicio.

En el trastorno de conducta de inicio en la niñez, los individuos suelen ser hombres, tienen relaciones perturbadas con sus pares, pueden haber tenido un trastorno de oposición desafiante durante la primera infancia y por lo general tienen síntomas que cumplen todos los criterios de trastorno de conducta antes de la pubertad. Los individuos con el tipo de inicio en la niñez pueden tener más probabilidades de mostrar agresión hacia los demás que los individuos con el tipo de inicio en la adolescencia. Muchos niños con este subtipo también tienen un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) concurrente u otras dificultades del desarrollo neurológico. Las personas con el tipo de inicio en la niñez tienen más probabilidades de tener un trastorno de conducta persistente hasta la edad adulta que aquellos con el tipo de inicio en la adolescencia. Las personas con trastorno de conducta de inicio en la adolescencia tienden a tener relaciones con sus pares más normativas (aunque a menudo muestran problemas de conducta en compañía de otros).

Especificadores

Una minoría de individuos con trastorno de conducta exhibe características que califican para el especificador "con emociones prosociales limitadas". Los indicadores de este especificador son aquellos que a menudo han sido etiquetados como rasgos insensibles y carentes de emociones en la investigación. Otros rasgos de personalidad, como la búsqueda de emociones, la valentía y la insensibilidad al castigo, también pueden distinguir a aquellos con características descritas en el especificador. Individuos con

Las características descritas en este especificador pueden tener más probabilidades que otros individuos con trastorno de conducta de participar en una agresión planificada para obtener ganancias instrumentales. Los individuos con trastorno de conducta de cualquier subtipo o cualquier nivel de gravedad pueden tener características que califiquen para el especificador “con emociones prosociales limitadas”, aunque los individuos con el especificador tienen más probabilidades de tener un tipo de inicio en la niñez y una clasificación de gravedad de severo.

Aunque la validez del autoinforme para evaluar la presencia del especificador ha sido respaldada en algunos contextos de investigación, es posible que las personas con trastorno de conducta con este especificador no admitan fácilmente los rasgos en una entrevista clínica. Por tanto, para evaluar los criterios del especificador, se necesitan múltiples fuentes de información. Además, debido a que los indicadores del especificador son características

Machine Translated by Google

que reflejan el patrón típico de funcionamiento interpersonal y emocional del individuo, es importante considerar los informes de otras personas que han conocido al individuo durante largos períodos de tiempo y en todas las relaciones y entornos (por ejemplo, padres, maestros, compañeros de trabajo, miembros de la familia extensa, colegas).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de conducta es un patrón de conducta repetitivo y persistente en el que se violan los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales apropiadas para la edad (Criterio A). Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos principales: conducta agresiva que causa o amenaza con daño físico a otras personas o animales (Criterios A1 a A7); conducta no agresiva que cause pérdida o daño a la propiedad (Criterios A8-A9); engaño o robo (Criterios A10-A12); y violaciones graves de las reglas (Criterios A13-A15). Deben haber estado presentes tres o más comportamientos característicos durante los últimos 12 meses, con al menos un comportamiento presente en los últimos 6 meses.

La alteración del comportamiento causa un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico u ocupacional (Criterio B). El patrón de conducta suele estar presente en diversos entornos, como el hogar, la escuela o la comunidad. Dado que es probable que los individuos con trastornos de conducta minimicen sus problemas de conducta, el médico a menudo debe confiar en informantes adicionales. Sin embargo, el conocimiento de los informantes sobre los problemas de conducta del individuo puede ser limitado si no han supervisado adecuadamente al individuo o si el individuo ha ocultado síntomas de conducta.

Las personas con trastorno de conducta a menudo inician un comportamiento agresivo y reaccionan agresivamente hacia los demás. Pueden mostrar un comportamiento de acoso, amenaza o intimidación (incluido el acoso a través de mensajes en redes sociales basadas en la web) (Criterio A1); iniciar peleas físicas frecuentes (Criterio A2); usar un arma que pueda causar daño físico grave (p. ej., un bate, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, una pistola) (Criterio A3); ser físicamente cruel con las personas (Criterio A4) o los animales (Criterio A5); robar mientras se enfrenta a una víctima (p. ej., atraco, robo de cartera, extorsión, robo a mano armada) (Criterio A6); u obligar a alguien a tener actividad sexual (Criterio A7). La violencia física puede adoptar la forma de violación, agresión o, en casos raros, homicidio. La destrucción deliberada de la propiedad de otras personas puede incluir provocar un incendio deliberado con la intención de causar daños graves (Criterio A8) o la destrucción deliberada de la propiedad de otras personas de otras maneras (por ejemplo, romper las ventanas de los automóviles, destrozar la propiedad de la escuela) (Criterio A9). Los actos de engaño o robo pueden incluir irrumpir en la casa, edificio o automóvil de otra persona (Criterio A10); mentir con frecuencia o incumplir promesas para obtener bienes o favores o para evitar deudas u obligaciones (por ejemplo, “estafar” a otras personas) (Criterio A11); o robar artículos de valor no trivial sin confrontar a la víctima (por ejemplo, hurto, falsificación, fraude) (Criterio A12).

Las personas con trastorno de conducta también pueden cometer con frecuencia violaciones graves de las reglas (p. ej., escolares, de los padres, del lugar de trabajo). Los niños con trastorno de conducta suelen tener un patrón, que comienza antes de los 13 años, de quedarse fuera hasta altas horas de la noche a pesar de las prohibiciones de los padres (Criterio A13). Los niños también pueden mostrar un patrón de huir de casa durante la noche (Criterio A14). Para que se considere un síntoma de trastorno de conducta, la fuga debe haber ocurrido al menos dos veces (o sólo una vez si el individuo no regresó durante un período prolongado). Los episodios de fuga que ocurren como consecuencia directa de abuso físico o sexual generalmente no califican para este criterio. Los niños con trastorno de conducta a menudo pueden faltar a la escuela, comenzando antes de los 13 años (Criterio A15).

Machine Translated by Google

Funciones asociadas

Especialmente en situaciones ambiguas, los individuos agresivos con trastorno de conducta frecuentemente perciben erróneamente las intenciones de los demás como más hostiles y amenazantes de lo que son en realidad y responden con una agresión que luego consideran razonable y justificada. Los rasgos de personalidad de emocionalidad negativa y escaso autocontrol, que incluyen poca tolerancia a la frustración, irritabilidad, arrebatos de temperamento, suspicacia, insensibilidad al castigo, búsqueda de emociones e imprudencia, con frecuencia coexisten con el trastorno de conducta. El abuso de sustancias suele ser una característica asociada, especialmente en las adolescentes.

Predominio

Las estimaciones de prevalencia poblacional a un año en Estados Unidos y otros países con ingresos mayoritariamente altos oscilan entre el 2% y más del 10%, con una mediana del 4%. En los Estados Unidos, se encontró que la prevalencia a lo largo de la vida era del 12,0% entre los hombres y del 7,1% entre las mujeres. La prevalencia del trastorno de conducta en muestras mayoritariamente occidentales parece ser bastante consistente en varios países. Las tasas de prevalencia aumentan desde la niñez hasta la adolescencia. La prevalencia del trastorno de conducta de inicio en la adolescencia se asocia con mayor frecuencia con factores estresantes psicosociales; por ejemplo, ser miembro de un grupo étnico socialmente oprimido que enfrenta discriminación. Son pocos los niños con trastorno de conducta perjudicial que reciben tratamiento.

Desarrollo y evolución

El inicio del trastorno de conducta puede ocurrir ya en los años preescolares, pero los primeros síntomas significativos generalmente surgen durante el período comprendido entre la niñez media y la adolescencia media.
El trastorno de oposición desafiante es un precursor común del tipo de trastorno de conducta de inicio en la infancia. Los síntomas físicamente agresivos son más comunes que los síntomas no agresivos durante la niñez, pero los síntomas no agresivos se vuelven más comunes que los síntomas agresivos durante la adolescencia.

El trastorno de conducta puede diagnosticarse en adultos; sin embargo, los síntomas del trastorno de conducta suelen surgir en la niñez o la adolescencia, y su aparición es rara después de los 16 años. El curso del trastorno de conducta después de su aparición es variable. En la mayoría de los individuos, el trastorno remite en la edad adulta. Muchos individuos con trastorno de conducta, en particular aquellos con inicio en la adolescencia y aquellos con pocos síntomas y más leves, logran un ajuste social y ocupacional adecuado cuando son adultos. Sin embargo, el tipo de inicio en la infancia predice un peor pronóstico y un mayor riesgo de conducta delictiva, trastornos de conducta y trastornos relacionados con sustancias en la edad adulta. Las personas con trastornos de conducta corren el riesgo de sufrir posteriormente trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos del control de los impulsos, trastornos psicóticos, trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados con sustancias en la edad adulta.

Los síntomas del trastorno varían con la edad a medida que el individuo desarrolla una mayor fuerza física, capacidades cognitivas y madurez sexual. Los síntomas de conducta que surgen primero tienden a ser menos graves (p. ej., mentir, robar en tiendas), mientras que los problemas de conducta que surgen al final tienden a ser más graves (p. ej., violación, robo al enfrentarse a una víctima). Sin embargo, existen grandes diferencias entre los individuos, y algunos adoptan conductas más dañinas a una edad temprana (que es

Machine Translated by Google

predictivo de peor pronóstico). Cuando las personas con trastorno de conducta llegan a la edad adulta, pueden exhibir síntomas de agresión, destrucción de propiedad, engaño y violación de las reglas, incluida la violencia contra compañeros de trabajo, parejas e hijos, en el lugar de trabajo y en el hogar, de modo que el trastorno de personalidad antisocial puede manifestarse. consideró.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Temperamental.

Temperamento e Los factores de riesgo temperamentales incluyen un bebé difícil y mal controlado. inteligencia inferior a la media, especialmente en lo que respecta al coeficiente intelectual verbal.

Ambiental. Los factores de riesgo a nivel familiar incluyen el rechazo y la negligencia de los padres, la inconsistencia prácticas de crianza de los hijos, disciplina dura, abuso físico o sexual, falta de supervisión,

vida institucional temprana, cambios frecuentes de cuidadores, familias numerosas, criminalidad de los padres y ciertos tipos de psicopatología familiar (p. ej., trastornos relacionados con sustancias). Los factores de riesgo a nivel comunitario incluyen el rechazo de los pares, la asociación con un grupo de pares delincuentes, la desventaja del vecindario y la exposición a la violencia. Ambos tipos de factores de riesgo tienden a ser más comunes y graves entre las personas con el subtipo de trastorno de conducta de inicio en la infancia. Por otro lado, la migración de los padres es un factor de riesgo tanto para los niños que quedan en el país de origen como para aquellos que migraron con sus padres, siendo los problemas de conducta atribuibles a procesos de aculturación. Sin embargo, los inmigrantes y refugiados de primera generación suelen tener menos problemas de conducta que sus pares.

Genético y fisiológico. El trastorno de conducta está influenciado por factores tanto genéticos como ambientales. Las asociaciones genéticas pueden ser más fuertes para los síntomas agresivos. El riesgo aumenta en niños con un padre biológico o adoptivo o un hermano con trastorno de conducta. El trastorno también parece ser más común en hijos de padres biológicos con trastorno grave por consumo de alcohol, trastornos depresivos y bipolares, o esquizofrenia o padres biológicos que tienen antecedentes de TDAH o trastorno de conducta. Los antecedentes familiares caracterizan particularmente a los individuos con el subtipo de trastorno de conducta de inicio en la infancia. Se ha observado de manera confiable una frecuencia cardíaca en reposo más lenta en personas con trastorno de conducta en comparación con aquellos sin el trastorno, y este marcador no es característico de ningún otro trastorno mental. También está bien documentada la reducción del condicionamiento del miedo autónomo, particularmente la baja conductancia de la piel. Sin embargo, estos hallazgos psicofisiológicos no son diagnósticos del trastorno. Se han observado consistentemente diferencias estructurales y funcionales en áreas del cerebro asociadas con la regulación y el procesamiento del afecto, en particular las conexiones frontotemporales-límbicas que involucran la corteza prefrontal ventral y la amígdala del cerebro, en individuos con trastorno de conducta en comparación con aquellos sin el trastorno. Sin embargo, los hallazgos de neuroimagen no son diagnósticos del trastorno.

Modificadores de curso. La persistencia es más probable en individuos con comportamientos que cumplen con los criterios para el subtipo de inicio en la infancia y califican para el especificador "con emociones prosociales limitadas". El riesgo de que el trastorno de conducta persista también aumenta por la coexistencia del TDAH y el abuso de sustancias.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Machine Translated by Google

En ocasiones, el diagnóstico de trastorno de conducta puede aplicarse erróneamente a individuos en entornos donde los patrones de comportamiento disruptivo se consideran casi normativos (p. ej., en áreas muy amenazantes, con alta criminalidad o zonas de guerra). Por tanto, se debe considerar el contexto en el que se han producido las conductas indeseables. En los jóvenes de grupos étnicos y racializados desatendidos, las reacciones al racismo que implican ira y afrontamiento basado en la resistencia pueden ser diagnosticadas erróneamente como trastorno de conducta por profesionales desinformados, como lo sugiere la asociación entre las experiencias de discriminación y el trastorno de conducta de inicio en la adolescencia en estos grupos.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Los niños

y hombres con un diagnóstico de trastorno de conducta frecuentemente presentan problemas de peleas, robos, vandalismo y disciplina escolar. Las niñas y mujeres con un diagnóstico de trastorno de conducta tienen más probabilidades de mentir, ausentarse, fugarse y prostituirse. Mientras que los niños, los hombres, las niñas y las mujeres exhiben agresión relacional (comportamiento que daña las relaciones sociales de los demás), las niñas y las mujeres exhiben una agresión física considerablemente menor que los niños y los hombres.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Los pensamientos suicidas,

los intentos de suicidio y el suicidio ocurren a un ritmo mayor de lo esperado en personas con trastorno de conducta. Un gran estudio realizado en Taiwán que siguió a adolescentes con trastorno de conducta durante 10 años encontró que el trastorno de conducta estaba asociado

con una tasa más alta de intentos de suicidio incluso después del ajuste por trastornos comórbidos del estado de ánimo, ansiedad y uso de sustancias.

Consecuencias funcionales del trastorno de conducta Las conductas de

trastorno de conducta pueden provocar suspensión o expulsión de la escuela, problemas de adaptación laboral, dificultades legales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no planificados y lesiones físicas por accidentes o peleas. Estos problemas pueden impedir la asistencia a escuelas ordinarias o vivir en un hogar de padres o de acogida. El trastorno de conducta a menudo se asocia con un inicio temprano de conducta sexual, consumo de alcohol, tabaquismo, uso de sustancias ilegales y actos imprudentes y riesgosos. Las tasas de accidentes parecen ser más altas entre las personas con trastorno de conducta en comparación con aquellas sin el trastorno. Estas consecuencias funcionales del trastorno de conducta pueden aumentar el riesgo de problemas de salud cuando las personas llegan a la mediana edad. No es raro que personas con trastornos de conducta entren en contacto con el sistema de justicia penal por participar en conductas ilegales. El trastorno de conducta es un motivo común de derivación a tratamiento y con frecuencia se diagnostica en centros de salud mental para niños, especialmente en la práctica forense. Se asocia con un deterioro que es más grave y crónico que el que experimentan otros niños remitidos a la clínica.

Diagnóstico diferencial Trastorno

negativista desafiante. El trastorno de conducta y el trastorno de oposición desafiante están relacionados

Machine Translated by Google

a síntomas que ponen al individuo en conflicto con adultos y otras figuras de autoridad (p. ej., padres, maestros, supervisores laborales). Las conductas del trastorno de oposición desafiante suelen ser de naturaleza menos grave que las de las personas con trastorno de conducta y no incluyen agresión hacia personas o animales, destrucción de propiedad o un patrón de robo o engaño.

Además, el trastorno de oposición desafiante incluye problemas de desregulación emocional (es decir, estado de ánimo enojado e irritable) que no están incluidos en la definición de trastorno de conducta. Cuando se cumplen los criterios tanto para el trastorno de oposición desafiante como para el trastorno de conducta, se pueden dar ambos diagnósticos.

Desorden hiperactivo y deficit de atencion. Aunque los niños con TDAH a menudo exhiben un comportamiento hiperactivo e impulsivo que puede ser perjudicial, este comportamiento por sí solo no viola las normas sociales ni los derechos de los demás y, por lo tanto, generalmente no cumple con los criterios de un trastorno de conducta. Cuando se cumplen los criterios tanto para el TDAH como para el trastorno de conducta, se deben realizar ambos diagnósticos.

Trastornos depresivos y bipolares. La irritabilidad, la agresión y los problemas de conducta pueden ocurrir en niños o adolescentes con trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar o trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Los problemas de conducta asociados con estos trastornos del estado de ánimo generalmente se pueden distinguir del patrón de problemas de conducta observados en los trastornos de conducta según su curso. Específicamente, los individuos con trastorno de conducta mostrarán niveles sustanciales de problemas de conducta agresivos o no agresivos durante períodos en los que no hay alteración del estado de ánimo, ya sea históricamente (es decir, antecedentes de problemas de conducta anteriores a la aparición de la alteración del estado de ánimo) o simultáneamente (es decir, mostrar de algunos problemas de conducta que son premeditados y no ocurren durante períodos de intensa excitación emocional). En aquellos casos en los que se cumplen criterios de trastorno de conducta y trastorno del estado de ánimo, se pueden dar ambos diagnósticos.

Trastorno explosivo intermitente. Tanto el trastorno de conducta como el trastorno explosivo intermitente implican altas tasas de agresión. Sin embargo, la agresión en individuos con trastorno explosivo intermitente se limita a una agresión impulsiva y no es premeditada, y no se comete para lograr algún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación). Además, la definición de trastorno explosivo intermitente no incluye los síntomas no agresivos del trastorno de conducta. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, el diagnóstico de trastorno explosivo intermitente debe realizarse sólo cuando los arrebatos impulsivos agresivos recurrentes justifiquen atención clínica independiente.

Trastornos de adaptación. Se debe considerar el diagnóstico de un trastorno de adaptación (con alteración de la conducta o con alteración mixta de las emociones y la conducta) si se desarrollan problemas de conducta clínicamente significativos que no cumplen los criterios de otro trastorno específico en clara asociación con la aparición de un factor estresante psicosocial y no se resuelven dentro de los 6 meses posteriores a la terminación del factor estresante (o sus consecuencias). El trastorno de conducta se diagnostica sólo cuando los problemas de conducta representan un patrón repetitivo y persistente asociado con un deterioro en el funcionamiento social, académico u ocupacional.

Comorbilidad

El TDAH y el trastorno de oposición desafiante son comunes en personas con trastorno de conducta, y esta presentación comórbida predice peores resultados. Individuos que muestran la personalidad.

Machine Translated by Google

Las características asociadas con el trastorno de personalidad antisocial a menudo violan los derechos básicos de los demás o violan importantes normas sociales apropiadas para la edad y, como resultado, su patrón de conducta a menudo cumple con los criterios de un trastorno de conducta. El trastorno de conducta también puede coexistir con uno o más de los siguientes trastornos mentales: trastorno específico del aprendizaje, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos o bipolares y trastornos relacionados con sustancias. El rendimiento académico, particularmente en lectura y otras habilidades verbales, a menudo está por debajo del nivel esperado según la edad y la inteligencia y puede justificar el diagnóstico adicional de un trastorno específico del aprendizaje o un trastorno de la comunicación.

Desorden de personalidad antisocial

Los criterios y el texto para el trastorno de personalidad antisocial se pueden encontrar en el capítulo "Trastornos de la personalidad". Debido a que este trastorno está estrechamente relacionado con el espectro de trastornos de conducta “externalizantes” de este capítulo, así como con los trastornos del capítulo contiguo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias”, se enumera aquí y en el capítulo “Personalidad”. Trastornos”.

Piromanía

Criterios de diagnóstico	F63.1

A. Incendio deliberado y intencionado en más de una ocasión.
B. Tensión o excitación afectiva antes del acto.
C. Fascinación, interés, curiosidad o atracción por el fuego y sus contextos situacionales (p. ej., parafernalia, usos, consecuencias).
D. Placer, gratificación o alivio al provocar incendios o al presenciar o participando en sus secuelas.
E. El incendio no se realiza con fines de lucro monetario, como expresión de ideología sociopolítica, para ocultar actividad criminal, para expresar ira o venganza, para mejorar las circunstancias de vida de una persona, en respuesta a un delirio o alucinación, o como resultado de un deterioro juicio (p. ej., en trastornos neurocognitivos importantes, trastornos del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual], intoxicación por sustancias).
F. El inicio del incendio no se explica mejor por un trastorno de conducta, un episodio maníaco o desorden de personalidad antisocial.

Características diagnósticas

La característica esencial de la piromanía es la presencia de múltiples episodios de incendio deliberado y intencionado (Criterio A). Los individuos con este trastorno experimentan tensión o excitación afectiva antes de provocar un incendio (Criterio B). Hay una fascinación, un interés por,

curiosidad o atracción por el fuego y sus contextos situacionales (p. ej., parafernalia, usos,

Machine Translated by Google

consecuencias) (Criterio C). Las personas con este trastorno suelen ser "observadores" habituales de los incendios en sus vecindarios, pueden activar falsas alarmas y disfrutar de las instituciones, el equipo y el personal asociado con el fuego. Pueden pasar tiempo en el departamento de bomberos local, provocar incendios para afiliarse al departamento de bomberos o incluso convertirse en bomberos. Las personas con este trastorno experimentan placer, gratificación o alivio cuando encienden el fuego, presencian sus efectos o participan en sus consecuencias (Criterio D). El incendio no se realiza con fines de lucro monetario, como expresión de ideología sociopolítica, para ocultar actividad criminal, para expresar enojo o venganza, para mejorar las circunstancias de vida de uno, o en respuesta a un delirio o una alucinación (Criterio E). El incendio no es el resultado de un deterioro del juicio (por ejemplo, en un trastorno neurocognitivo importante o un trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual]). El diagnóstico no se realiza si el incendio se explica mejor por un trastorno de conducta, un episodio maníaco o un trastorno de personalidad antisocial (Criterio F).

Funciones asociadas

Las personas con piromanía pueden prepararse con mucha antelación para iniciar un incendio. Pueden ser indiferentes a las consecuencias para la vida o la propiedad causadas por el incendio, o pueden obtener satisfacción de la destrucción de propiedad resultante. Los comportamientos pueden provocar daños a la propiedad, consecuencias legales o lesiones o pérdida de la vida del provocador del incendio o de otras personas. Las personas que provocan incendios impulsivamente (que pueden tener o no piromanía) a menudo tienen antecedentes actuales o pasados de trastorno por consumo de alcohol.

Predominio

Se desconoce la prevalencia poblacional de la piromanía. La prevalencia a lo largo de la vida del comportamiento provocador de incendios, que es solo un componente de la piromanía y no es suficiente para un diagnóstico por sí solo, se informó entre 1,0% y 1,1% en una muestra de población. La conducta de provocar incendios ocurre con más frecuencia en hombres que en mujeres (prevalencia a lo largo de la vida: 1,7% frente a 0,4%); sin embargo, se desconoce si esto también es válido para la piromanía. Las comorbilidades más comunes del comportamiento de prender fuego fueron el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno por uso de sustancias, el trastorno bipolar y el trastorno del jueg
A diferencia de lo que ocurre con el incendio, la piromanía como diagnóstico primario parece ser muy rara. Entre una muestra de personas en un hospital finlandés que llegaron al sistema penal debido a repetidos incendios, sólo el 3,3% tenía síntomas que cumplían todos los criterios de piromanía. En un estudio estadounidense, el 3,4% de una muestra de adultos hospitalizados por motivos psiquiátricos tenía síntomas que cumplían todos los criterios de piromanía actual.

Desarrollo y curso Aunque los datos son

limitados, algunas investigaciones sugieren que la adolescencia tardía puede ser la edad típica de inicio de la piromanía. No se ha documentado la relación entre el incendio en la infancia y la piromanía en la edad adulta. En personas con piromanía, los incidentes de incendio son episódicos y pueden aumentar y disminuir en frecuencia. Se desconoce el rumbo longitudinal. Aunque provocar incendios es un problema importante en niños y adolescentes (más del 40% de los arrestados por delitos de incendio provocado en los Estados Unidos son menores de 18 años), la piromanía en la infancia parece ser poco común. Los incendios juveniles generalmente se asocian con un trastorno de conducta, un trastorno por déficit de atención e hiperactividad o un trastorno de adaptación.

Machine Translated by Google

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Si bien el incendio se asocia con un comportamiento antisocial en hombres y mujeres, difieren en algunos de los comportamientos antisociales que acompañan al incendio. Se desconoce si esto es válido para la piromanía, que es un subconjunto de aquellos con incendio.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Un estudio de una muestra consecutiva de hombres iniciadores de incendios que se sometieron a una evaluación forense comparó cada caso con cuatro controles compatibles por edad, sexo y lugar de nacimiento y encontró que

El incendio se asoció durante el seguimiento con mayores tasas de suicidio y también de intentos de suicidio. Se desconoce si estas diferencias se aplican a la piromanía.

Diagnóstico Diferencial

Otras causas de incendio intencionado. Es importante descartar otras causas de incendio antes de dar el diagnóstico de piromanía. El incendio intencional puede ocurrir con fines de lucro, sabotaje o venganza; ocultar un delito; hacer una declaración política (por ejemplo, un acto de terrorismo o protesta); o para atraer atención o reconocimiento (por ejemplo, prender fuego para descubrirlo y salvar el día). Prender fuego también puede ocurrir como parte de la experimentación del desarrollo en la niñez (p. ej., jugar con fósforos, encendedores o fuego).

Otros trastornos mentales. No se realiza un diagnóstico separado de piromanía cuando el incendio ocurre como parte de un trastorno de conducta, un episodio maníaco o un trastorno de personalidad antisocial, o si ocurre en respuesta a un delirio o una alucinación (p. ej., en la esquizofrenia) o es atribuible a la efectos fisiológicos de otra condición médica (por ejemplo, epilepsia). El diagnóstico de piromanía tampoco debe darse cuando el incendio se debe a un deterioro del juicio asociado con un trastorno neurocognitivo importante, un trastorno del desarrollo intelectual o una intoxicación por sustancias.

Comorbilidad

Parece haber una alta coexistencia de trastornos por uso de sustancias, trastorno de juego, trastornos depresivos y bipolares y otros trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta con piromanía.

Cleptomanía

Criterios de diagnóstico	F63.2

A. Incapacidad recurrente para resistir los impulsos de robar objetos que no son necesarios para uso personal o por su valor monetario.

B. Aumento de la sensación de tensión inmediatamente antes de cometer el robo.

C. Placer, gratificación o alivio al momento de cometer el hurto.

Machine Translated by Google

D. El robo no se comete para expresar ira o venganza y no es en respuesta a un delirio o una alucinación.

E. El robo no se explica mejor por un trastorno de conducta, un episodio maníaco o desorden de personalidad antisocial.

Características diagnósticas

La característica esencial de la cleptomanía es la incapacidad recurrente para resistir los impulsos de robar artículos incluso cuando los artículos no son necesarios para uso personal o por su valor monetario (Criterio A). El individuo experimenta una creciente sensación subjetiva de tensión ante el robo (Criterio B) y siente placer, gratificación o alivio al cometer el robo (Criterio C). El robo no se comete para expresar ira o venganza, no se realiza en respuesta a un delirio o alucinación (Criterio D) y no se explica mejor por un trastorno de conducta, un episodio maníaco o un trastorno de personalidad antisocial (Criterio E). Los objetos son robados a pesar de que normalmente tienen poco valor para el individuo, que podría haberse permitido pagarlos y, a menudo, los regala o los desecha. En ocasiones, el individuo puede acaparar los objetos robados o devolverlos subrepticiamente. Aunque las personas con este trastorno generalmente evitan robar cuando es probable un arresto inmediato (p. ej., a la vista de un oficial de policía), por lo general no planifican de antemano los robos ni se toman completamente la molestia de hacerlo.

en cuenta las posibilidades de detención. El robo se realiza sin la ayuda o colaboración de otros.

Funciones asociadas

Las personas con cleptomanía normalmente intentan resistir el impulso de robar y son conscientes de que el acto es incorrecto y sin sentido. El individuo frecuentemente teme ser detenido y a menudo se siente deprimido o culpable por los robos. Las vías de neurotransmisores asociadas con las adicciones conductuales, incluidas las asociadas con los sistemas de serotonina, dopamina y opioides, también parecen desempeñar un papel en la cleptomanía.

Predominio

En Estados Unidos y Canadá, la cleptomanía ocurre en aproximadamente entre el 4% y el 24% de las personas arrestadas por hurto. Su prevalencia en la población general de EE. UU. es muy rara, aproximadamente entre el 0,3% y el 0,6%. Las mujeres superan en número a los hombres en una proporción de 3:1.

Desarrollo y evolución La edad de

inicio de la cleptomanía es variable, pero el trastorno suele comenzar en la adolescencia. Sin embargo, el trastorno puede comenzar en la niñez, la adolescencia o la edad adulta y, en casos raros, al final de la edad adulta. Hay poca información sistemática sobre el curso de la cleptomanía, pero se han descrito tres cursos típicos: esporádico con episodios breves y largos períodos de remisión; episódico con períodos prolongados de robo y períodos de remisión; y crónica con cierto grado de fluctuación. El trastorno puede continuar durante años, a pesar de las múltiples condenas por

Machine Translated by Google

hurto.

Factores de Riesgo y Pronóstico Genéticos y fisiológicos. familiares de Parece haber una mayor tasa de trastornos por consumo de alcohol en primer grado. individuos con cleptomanía que en la población general.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas La cleptomanía se ha asociado con un mayor riesgo de intentos de suicidio.

Consecuencias funcionales de la cleptomanía El trastorno puede causar dificultades legales, familiares, profesionales y personales.

Diagnóstico Diferencial Hurto ordinario. La cleptomanía debe distinguirse de los actos ordinarios de robo o hurto en tiendas. El robo ordinario (ya sea planificado o impulsivo) es deliberado y está motivado por la utilidad del objeto o su valor monetario. Algunas personas, especialmente los adolescentes, también pueden robar por desafío, como acto de rebelión o como rito de iniciación. El diagnóstico no se realiza a menos que también estén presentes otros rasgos característicos de la cleptomanía. La cleptomanía es rara, mientras que el hurto en tiendas es relativamente común.

Proceso de enfermedad. Al fingir, los individuos pueden simular los síntomas de la cleptomanía para evitar enjuiciamento criminal.

Trastorno de personalidad antisocial y trastorno de conducta. Trastorno de personalidad antisocial y conducta. El trastorno se distingue de la cleptomanía por un patrón general de conducta antisocial.

Episodios maníacos, episodios psicóticos y trastorno neurocognitivo mayor. La cleptomanía debería ser distinguirse del robo intencional o involuntario que puede ocurrir durante un

episodio maníaco, en respuesta a delirios o alucinaciones (p. ej., en la esquizofrenia) o como resultado de un trastorno neurocognitivo importante.

Comorbilidad La cleptomanía puede estar asociada con compras compulsivas, así como con trastornos depresivos y bipolares (especialmente el trastorno depresivo mayor), trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios (particularmente bulimia nerviosa), trastornos de la personalidad, trastornos por uso de sustancias (especialmente el trastorno por consumo de alcohol) y otros trastornos perturbadores. , control de impulsos y trastornos de conducta.

Otras conductas y conductas disruptivas, de control de impulsos especificadas Trastorno

F91.8

Machine Translated by Google

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta que causa malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para cualquiera de los trastornos en la clase diagnóstica de trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta. La otra categoría especificada de trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta se utiliza en situaciones en las que el médico elige comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de ningún trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta específico. Esto se hace registrando “otros trastornos perturbadores, de control de impulsos y de conducta especificados” seguidos de la razón específica (p. ej., “explosiones conductuales recurrentes de frecuencia insuficiente”).

Conducta y control de impulsos no especificados Trastorno

F91.9

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta que causa malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para cualquiera de los trastornos en la clase diagnóstica de trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta. La categoría de trastorno disruptivo, de control de impulsos y de conducta no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide no especificar la razón por la que no se cumplen los criterios para un trastorno disruptivo, de control de impulsos y de conducta específico, e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en salas de emergencia).

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Trastornos adictivos y relacionados con sustancias

Los trastornos relacionados con sustancias abarcan 10 clases distintas de drogas: alcohol; cafeína; canabis; alucinógenos (con categorías separadas para fenciclidina [o arilciclohexilaminas de acción similar] y otros alucinógenos); inhalantes; opioides; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; estimulantes (sustancias tipo anfetamina, cocaína y otros estimulantes); tabaco; y otras sustancias (o desconocidas). Estas 10 clases no son completamente distint
Todas las drogas que se toman en exceso tienen en común la capacidad de activar directamente los sistemas de recompensa del cerebro, que intervienen en el refuerzo de conductas y el establecimiento de recuerdos.
En lugar de lograr la activación del sistema de recompensa a través de conductas adaptativas, estas sustancias producen una activación tan intensa del sistema de recompensa que pueden descuidarse las actividades normales. Los mecanismos farmacológicos por los cuales cada clase de drogas produce recompensa son diferentes, pero las drogas típicamente activan el sistema y producen sensaciones de placer, a menudo denominadas "euforia". Además, los estudios sugieren que las raíces neurobiológicas de los trastornos por uso de sustancias en algunos individuos pueden verse en sus comportamientos mucho antes del inicio del uso real de sustancias (p. ej., niveles más bajos de autocontrol pueden reflejar alteraciones de los mecanismos inhibidores cerebrales); La investigación también sugiere el impacto negativo del consumo de sustancias en sí sobre los mecanismos inhibidores del cerebro.

Tenga en cuenta que la frase “drogodependencia” no se aplica como término de diagnóstico en esta clasificación, aunque es de uso común en muchos países para describir problemas graves relacionados con el uso compulsivo y habitual de sustancias. El término más neutro trastorno por uso de sustancias se utiliza para describir la amplia gama del trastorno, desde una forma leve hasta un estado grave de patrón compulsivo y con recaídas crónicas de consumo de drogas. Algunos médicos optarán por utilizar la frase “drogodependencia” para describir presentaciones más graves, pero esa redacción se omite en la terminología de diagnóstico oficial del trastorno por uso de sustancias del DSM-5 debido a su definición incierta y su connotación potencialmente negativa.

Además de los trastornos relacionados con sustancias, este capítulo también incluye el trastorno del juego, lo que refleja evidencia de que las conductas de juego activan sistemas de recompensa similares a los activados por las drogas de abuso y que producen algunos síntomas conductuales que parecen comparables a los producidos por los trastornos por uso de sustancias. También se han descrito otros patrones de comportamiento excesivo, como los juegos en Internet (consulte “Condiciones para estudios adicionales”), pero la investigación sobre estos y otros síndromes de comportamiento es menos clara. Por lo tanto, los grupos de conductas repetitivas, a veces denominados adicciones conductuales (con subcategorías como “adicción al sexo”, “adicción al ejercicio” y “adicción a las compras”), no se incluyen porque no hay suficiente evidencia revisada por pares para establecer los criterios de diagnóstico y Descripciones de cursos necesarias para identificar estos comportamientos como trastornos mentales.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por uso de sustancias y trastornos inducidos por sustancias. Las siguientes condiciones pueden clasificarse como inducidas por sustancias: intoxicación por sustancias, abstinencia de sustancias y trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos.

Machine Translated by Google

(en este manual se proporcionan criterios de diagnóstico y texto para trastornos psicóticos inducidos por sustancias/medicamentos, trastornos bipolares y relacionados, trastornos depresivos, ansiedad trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, delirio y trastornos neurocognitivos en sus respectivos capítulos). El término

El trastorno mental inducido por sustancias o medicamentos se refiere a presentaciones sintomáticas que son debido a los efectos fisiológicos de una sustancia exógena sobre el sistema nervioso central y incluye estupefacientes típicos (p. ej., alcohol, inhalantes, cocaína), medicamentos psicotrópicos (p. ej., estimulantes, sedantes-hipnóticos), otros medicamentos (p. ej., esteroides) y toxinas ambientales (p. ej., insecticidas organofosforados).

La sección actual comienza con una discusión general de los conjuntos de criterios para el uso de sustancias. trastorno, intoxicación por sustancias, abstinencia de sustancias y trastorno inducido por sustancias/medicamentos. trastornos mentales, al menos algunos de los cuales son aplicables a todas las clases de sustancias. Reflexionando algunos aspectos únicos de las 10 clases de sustancias relevantes para este capítulo, el resto del El capítulo está organizado por clase de sustancia. Para facilitar el diagnóstico diferencial, los criterios diagnósticos y el texto para los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos se incluyen con los trastornos con que comparten fenomenología (por ejemplo, el trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos está en el capítulo “Trastornos depresivos”). Tenga en cuenta que sólo ciertas clases de medicamentos son capaces de causando tipos particulares de trastornos inducidos por sustancias. El diagnóstico relacionado con sustancias. Las categorías asociadas con clases de medicamentos específicas se muestran en la Tabla 1.

TABLA 1 Diagnósticos asociados con la clase de sustancia

	Psicópata trastornos	Bipolar y relacionado trastornos	depresivo trastornos	Ansiedad trastornos	Obsesivo compulsivo y relacionado trastornos	Dormir trastornos disfunciones
Alcohol	yo/yo	yo/yo	yo/yo	yo/yo		yo/yo
Cafeína				I		yo/yo
Canabis	I			I		yo/yo
alucinógenos						
fenciclidina	I	I	I	I		
Otro alucinógenos	I*	I	I	I		
inhalantes	I		I	I		
Opioides			yo/yo	W.		yo/yo
sedantes, hipnóticos, o ansiolíticos	yo/yo	yo/yo	yo/yo	W.		yo/yo
Estimulantes**	I	yo/yo	yo/yo	yo/yo	yo/yo	yo/yo
Tabaco						W.

Machine Translated by Google

Otro (o desconocido)	yo/yo	yo/yo	yo/yo	yo/yo	yo/yo	yo/yo

Nota. X = La categoría está reconocida en el DSM-5.
I = Se puede anotar para la categoría el especificador "con inicio durante la intoxicación".
W = El especificador "con inicio durante la abstinencia" puede anotarse para la categoría.
I/W = Se puede indicar para la categoría "con inicio durante la intoxicación" o "con inicio durante la abstinencia". Mayor = trastorno neurocognitivo mayor; leve = trastorno neurocognitivo leve.
*También trastorno de percepción persistente de alucinógenos (flashbacks).
**Incluye sustancias tipo anfetamina, cocaína y otros estimulantes o los no especificados.

Trastornos relacionados con sustancias

Trastornos por uso de sustancias

Funciones de diagnóstico

La característica esencial de un trastorno por uso de sustancias es un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de problemas importantes relacionados con ella. Como se ve en la Tabla 1, el diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias se puede aplicar a las 10 clases de sustancias incluidas en este capítulo, excepto a la cafeína. Para determinadas clases, algunos síntomas son menos destacados y, en algunos casos, no todos los síntomas se aplican (p. ej., los síntomas de abstinencia no se especifican para el trastorno por consumo de fenciclidina, el trastorno por consumo de otros alucinógenos o el trastorno por consumo de inhalantes). Es de destacar que el consumo de sustancias, incluidos los medicamentos recetados, puede depender en parte de los antecedentes culturales, la disponibilidad de sustancias y las regulaciones locales específicas sobre drogas. Por lo tanto, puede haber variaciones locales o culturales significativas en la exposición (por ejemplo, los países con prohibiciones culturales contra el consumo de alcohol u otras sustancias pueden tener una menor prevalencia de trastornos relacionados con sustancias).

Una característica importante de los trastornos por uso de sustancias es un cambio subyacente en los circuitos cerebrales que puede persistir más allá de la desintoxicación, particularmente en personas con trastornos graves. Los efectos conductuales de estos cambios cerebrales pueden manifestarse en recaídas repetidas y ansia intensa de drogas cuando los individuos están expuestos a estímulos relacionados con las drogas. Estos efectos persistentes de los medicamentos pueden beneficiarse de enfoques de tratamiento a largo plazo.

En general, el diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias se basa en un patrón patológico de conductas relacionadas con el uso de la sustancia. Para ayudar con la organización, se puede considerar que los elementos de diagnóstico que componen el Criterio A encajan dentro de grupos generales de control deficiente, deterioro social, uso riesgoso y criterios farmacológicos. El control deficiente sobre el uso de sustancias es el primer grupo de criterios (Criterios 1 a 4). El individuo puede tomar la sustancia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo previsto originalmente (Criterio 1). El individuo puede expresar un deseo persistente de reducir o regular el consumo de sustancias y puede informar

múltiples esfuerzos fallidos para disminuir o suspender el uso (Criterio 2). El individuo puede pasar mucho tiempo obteniendo la sustancia, consumiéndola o recuperándose de su efecto.

Machine Translated by Google

efectos (Criterio 3). En algunos casos de trastornos por uso de sustancias más graves, prácticamente todas las actividades diarias del individuo giran en torno a la sustancia. El anhelo (Criterio 4) se manifiesta por un intenso deseo o necesidad de consumir la droga que puede ocurrir en cualquier momento, pero es más probable en un entorno donde la droga se obtuvo o usó previamente. También se ha demostrado que el anhelo implica un condicionamiento clásico y está asociado con la activación de estructuras de recompensa específicas en el cerebro. Se puede cuestionar el anhelo preguntando si alguna vez ha habido un momento en el que hubo impulsos tan fuertes de tomar la droga que el individuo no pudo pensar en nada más. El ansia actual se utiliza a menudo como medida de resultado del tratamiento porque puede ser una señal de una recaída inminente.

El deterioro social es el segundo grupo de criterios (Criterios 5 a 7). El consumo recurrente de sustancias puede provocar el incumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o el hogar (Criterio 5). El individuo puede continuar consumiendo la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (Criterio 6).
Es posible que se abandonen o reduzcan actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes debido al consumo de sustancias (Criterio 7). El individuo puede retirarse de las actividades y pasatiempos familiares para poder consumir la sustancia.

El uso riesgoso de la sustancia es el tercer grupo de criterios (Criterios 8 y 9). Esto puede tomar la forma de consumo recurrente de sustancias en situaciones en las que sea físicamente peligroso (Criterio 8).
El individuo puede continuar consumiendo la sustancia a pesar de saber que tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por la sustancia (Criterio 9). La cuestión clave al evaluar este criterio no es la existencia del problema, sino más bien el hecho de que el individuo no se abstenga de consumir la sustancia a pesar de la dificultad que le está causando.

Los criterios farmacológicos son la agrupación final (Criterios 10 y 11). La tolerancia (Criterio 10) se manifiesta al requerir una dosis marcadamente mayor de la sustancia para lograr el efecto deseado o un efecto marcadamente reducido cuando se consume la dosis habitual. El grado en que se desarrolla la tolerancia varía mucho entre diferentes individuos, así como entre sustancias, y puede implicar una variedad de efectos sobre el sistema nervioso central. Por ejemplo, la tolerancia a la depresión respiratoria y la tolerancia a los sedantes y la coordinación motora pueden desarrollarse a diferentes ritmos, según la sustancia. La tolerancia puede ser difícil de determinar basándose únicamente en los antecedentes, y las pruebas de laboratorio pueden ser útiles (p. ej., los niveles sanguíneos elevados de la sustancia junto con poca evidencia de intoxicación sugieren que es probable la tolerancia). La tolerancia también debe distinguirse de la variabilidad individual en la sensibilidad inicial a los efectos de sustancias particulares. Por ejemplo, algunos bebedores de alcohol por primera vez muestran muy poca evidencia de intoxicación con tres o cuatro tragos, mientras que otros con peso e historial de consumo similares tienen dificultad para hablar y falta de coordinación.

La abstinencia (Criterio 11) es un síndrome que ocurre cuando las concentraciones sanguíneas o tisulares de una sustancia disminuyen en un individuo que ha mantenido un uso prolongado e intenso de la sustancia.
Después de desarrollar síntomas de abstinencia, es probable que el individuo consuma la sustancia para aliviar los síntomas. Los síntomas de abstinencia varían mucho según las clases de sustancias, y se proporcionan conjuntos de criterios de abstinencia separados para las clases de drogas. Los signos fisiológicos de abstinencia marcados y generalmente fáciles de medir son comunes con el alcohol, los opioides, los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos. Los signos y síntomas de abstinencia de estimulantes (sustancias tipo anfetamina, cocaína, otros estimulantes o los no especificados), así como del tabaco y el cannabis, suelen estar presentes, pero pueden ser menos evidentes. No se ha documentado una abstinencia significativa en humanos después del uso repetido de fenciclidina, otros alucinógenos e inhalantes; por lo tanto, este criterio no se incluye para estas sustancias. Ni la tolerancia ni la retirada son

Machine Translated by Google

necesario para el diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias. Sin embargo, para la mayoría de las clases de sustancias, un historial previo de abstinencia se asocia con una

curso clínico más severo (es decir, una aparición más temprana de un trastorno por uso de sustancias, niveles más altos de ingesta de sustancias y un mayor número de problemas relacionados con sustancias).

Los síntomas de tolerancia y abstinencia que ocurren durante el uso apropiado de medicamentos recetados administrados como parte del tratamiento médico (p. ej., analgésicos opioides, sedantes, estimulantes) no se cuentan específicamente al diagnosticar un trastorno por uso de sustancias. Se sabe que la apariencia de tolerancia farmacológica normal y esperada y la abstinencia durante el curso del tratamiento médico conducen a un diagnóstico erróneo de "adicción", incluso cuando estos eran los únicos síntomas presentes. Las personas cuyos únicos síntomas son los que se producen como resultado del tratamiento médico (es decir, tolerancia y abstinencia como parte de la atención médica cuando los medicamentos se toman según lo recetado) no deben recibir un diagnóstico únicamente sobre la base de estos síntomas. Sin embargo, los medicamentos recetados pueden usarse de manera inapropiada y un trastorno por uso de sustancias puede diagnosticarse correctamente cuando hay otros síntomas de conducta compulsiva de búsqueda de drogas.

Gravedad y especificadores

Los trastornos por uso de sustancias ocurren en una amplia gama de gravedad, de leve a grave, y la gravedad se basa en el número de criterios de síntomas respaldados. Como estimación general de la gravedad, un trastorno por uso de sustancias leve se sugiere por la presencia de dos a tres síntomas, moderado por cuatro a cinco síntomas y grave por seis o más síntomas. Los cambios en la gravedad a lo largo del tiempo también se reflejan en reducciones o aumentos en la frecuencia y/o dosis del uso de sustancias, según lo evaluado por el propio informe del individuo, el informe de otras personas conocedoras, las observaciones del médico y las pruebas biológicas. Los siguientes especificadores de curso y especificadores de características descriptivas también están disponibles para los trastornos por uso de sustancias: “en remisión temprana”, “en remisión sostenida”, “en terapia de mantenimiento” y “en un ambiente controlado”. Las definiciones de cada uno se proporcionan dentro de los respectivos conjuntos de criterios.

Procedimientos de grabación

El médico debe utilizar el código que se aplica a la clase de sustancia pero registrar el nombre de la sustancia específica. Por ejemplo, el médico debe registrar F13.20 trastorno por consumo moderado de alprazolam (en lugar de trastorno moderado por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) o F15.10 trastorno leve por consumo de metanfetamina (en lugar de trastorno leve por consumo de sustancias de tipo anfetamínico). Para sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., esteroides anabólicos), se debe utilizar el código ICD-10-CM para trastorno por uso de otras sustancias (o desconocidas) e indicar la sustancia específica (p. ej., F19.10 anabólicos suaves). trastorno por uso de esteroides). Si se desconoce la sustancia consumida por el individuo, se debe usar el mismo código CIE-10-CM (es decir, para “trastorno por uso de otras sustancias [o desconocidas]”) (por ejemplo, F19.20 trastorno grave por uso de sustancias desconocidas). Si se cumplen los criterios para más de un trastorno por consumo de sustancias, se debe diagnosticar cada uno de ellos (p. ej., F11.20 trastorno grave por consumo de heroína; F14.20 trastorno moderado por consumo de cocaína).

El código CIE-10-CM apropiado para un trastorno por uso de sustancias depende de si existe o no una

Machine Translated by Google

Trastorno comórbido inducido por sustancias (incluyendo intoxicación y abstinencia de sustancias). En el primer ejemplo del párrafo anterior, el código de diagnóstico para el trastorno por consumo moderado de alprazolam, F13.20, refleja la ausencia de un trastorno mental comórbido inducido por alprazolam. Debido a que los códigos de la CIE-10-MC para trastornos inducidos por sustancias indican tanto la presencia (o ausencia) como la gravedad del trastorno por uso de sustancias, los códigos de la CIE-10-CM para trastornos inducidos por sustancias sólo se pueden utilizar en ausencia de una sustancia. trastorno inducido. Consulte las secciones específicas de cada sustancia para obtener información adicional sobre codificación.

Trastornos inducidos por sustancias

La categoría general de trastornos inducidos por sustancias incluye la intoxicación por sustancias, la abstinencia de sustancias y los trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos (p. ej., trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno depresivo inducido por sustancias). Si bien la intoxicación y la abstinencia de sustancias se reconocen como trastornos mentales, para fines de claridad de referencia en las discusiones a lo largo de este capítulo, se utiliza el término trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., trastorno depresivo inducido por alcohol, trastorno de ansiedad inducido por metanfetamina). para distinguir estos trastornos de la intoxicación y abstinencia de sustancias.

Intoxicación y abstinencia de sustancias

Los criterios para los síndromes de intoxicación por sustancias específicas se incluyen en las secciones de sustancias específicas de este capítulo. La característica esencial es el desarrollo de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a la ingestión reciente de una sustancia (Criterio A). Los cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos asociados con la intoxicación (p. ej., beligerancia, labilidad del estado de ánimo, deterioro del juicio) son atribuibles a los efectos fisiológicos de la sustancia en el sistema nervioso central (SNC) y se desarrollan durante o poco después del uso de la sustancia (Criterio B) y van acompañados de signos y síntomas específicos de la sustancia (Criterio C). Los síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D). La intoxicación por sustancias es común entre personas con un trastorno por uso de sustancias, pero también ocurre con frecuencia en personas que consumen sustancias pero no tienen un trastorno por uso de sustancias. Esta categoría no se aplica al tabaco.

Los cambios más comunes en la intoxicación por sustancias implican alteraciones de la percepción, la vigilia, la atención, el pensamiento, el juicio, la conducta psicomotora y la conducta interpersonal.
Las intoxicaciones por sustancias de corta duración o “aguda” pueden tener signos y síntomas diferentes a los de las intoxicaciones por sustancias sostenidas o “crónicas”. Por ejemplo, dosis moderadas de cocaína pueden producir inicialmente gregarismo, pero puede desarrollarse retraimiento social si dichas dosis se repiten con frecuencia durante días o semanas.

Cuando se utiliza en el sentido fisiológico, el término intoxicación es más amplio que el diagnóstico de intoxicación por sustancias tal como se define en este manual. Muchas sustancias pueden producir cambios fisiológicos o psicológicos que no son necesariamente problemáticos. Por ejemplo, un individuo con taquicardia por uso de sustancias está experimentando un efecto fisiológico de la sustancia, pero si

Machine Translated by Google

este es el único síntoma, en ausencia de conducta problemática, el diagnóstico de intoxicación por sustancias no se aplicaría. En ocasiones, la intoxicación puede persistir más allá del momento en que la sustancia es detectable en el organismo. Esto puede atribuirse a efectos duraderos en el SNC, de los cuales la recuperación lleva más tiempo que el tiempo de eliminación de la sustancia. Estos efectos a largo plazo de la intoxicación deben distinguirse de la abstinencia (es decir, los síntomas iniciados por una disminución de las concentraciones de una sustancia en la sangre o los tejidos).

Los criterios para la abstinencia de sustancias también se incluyen en las secciones específicas de sustancias de este capítulo. La característica esencial es el desarrollo de un cambio conductual problemático específico de una sustancia, con concomitantes fisiológicos y cognitivos, que se debe al cese o la reducción del consumo intenso y prolongado de sustancias (Criterio A). El síndrome de sustancia específica (Criterio B) causa malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no se deben a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D).

La abstinencia suele estar asociada, aunque no siempre, con un trastorno por uso de sustancias. Además, es importante enfatizar que los síntomas de abstinencia que ocurren durante el uso apropiado de medicamentos administrados como parte del tratamiento médico con

Los medicamentos recetados (p. ej., analgésicos opioides, sedantes, estimulantes) no se cuentan específicamente al diagnosticar un trastorno por uso de sustancias. La mayoría de las personas con abstinencia sienten la necesidad de volver a administrar la sustancia para reducir los síntomas.

Vía de administración y velocidad de los efectos de la sustancia Las vías de administración

que producen una absorción más rápida y eficiente en el torrente sanguíneo (p. ej., intravenosa, fumar, “esnifar” intranasal) tienden a dar como resultado una intoxicación más intensa y una mayor probabilidad de un patrón creciente de consumo de sustancias que lleva a la abstinencia.
De manera similar, las sustancias de acción rápida tienen más probabilidades que las de acción más lenta de producir intoxicación inmediata.

Duración de los efectos

Dentro de la misma categoría de medicamentos, las sustancias de acción relativamente corta tienden a tener un mayor potencial para desarrollar abstinencia que aquellas con una duración de acción más larga. Sin embargo, las sustancias de acción más prolongada tienden a tener síntomas de abstinencia de mayor duración. La vida media de la sustancia es paralela a los aspectos de la abstinencia: cuanto mayor es la duración de la acción, mayor es el tiempo entre el cese y la aparición de los síntomas de abstinencia y mayor es la duración de la abstinencia. En general, cuanto más largo es el período de abstinencia aguda, menos intenso tiende a ser el síndrome.

Uso de múltiples sustancias La intoxicación

y la abstinencia de sustancias a menudo involucran el uso simultáneo o secuencial de varias sustancias. En estos casos, cada diagnóstico debe registrarse por separado.

Hallazgos de laboratorio asociados

Machine Translated by Google

Los análisis de laboratorio de muestras de sangre y orina pueden ayudar a determinar el uso reciente y las sustancias específicas involucradas. Sin embargo, un resultado positivo de una prueba de laboratorio no indica por sí solo que el individuo tenga un patrón de uso de sustancias que cumpla con los criterios de un trastorno inducido o por uso de sustancias, y un resultado negativo de una prueba no descarta por sí solo un diagnóstico.

Las pruebas de laboratorio pueden ser útiles para identificar la abstinencia. Si el individuo presenta abstinencia de una sustancia desconocida, las pruebas de laboratorio pueden ayudar a identificar la sustancia y también pueden ser útiles para diferenciar la abstinencia de otros trastornos mentales. Además, el funcionamiento normal en presencia de niveles elevados de una sustancia en sangre sugiere una tolerancia considerable.

Desarrollo y evolución Las personas de 18

a 24 años tienen tasas de prevalencia relativamente altas en el consumo de prácticamente todas las sustancias. La intoxicación suele ser el trastorno inicial relacionado con sustancias y, a menudo, comienza en la adolescencia. La abstinencia puede ocurrir a cualquier edad, siempre y cuando el medicamento en cuestión se haya tomado en dosis suficientes durante un período prolongado.

Procedimientos de registro de intoxicación por sustancias y Retiro

El médico debe utilizar el código que se aplica a la clase de sustancias pero registrar el nombre de la sustancia específica. Por ejemplo, el médico debe registrar F13.230 abstinencia de secobarbital (en lugar de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) o F15.120 intoxicación por metanfetamina (en lugar de intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico). Tenga en cuenta que

Los códigos de diagnóstico apropiados de la CIE-10-CM para la intoxicación y la abstinencia de sustancias dependen de si existe un trastorno comórbido por uso de sustancias. En este caso, el código F15.120 para intoxicación por metanfetamina indica la presencia de un trastorno comórbido leve por consumo de metanfetamina. Si no hubiera habido ningún trastorno comórbido por consumo de metanfetamina (ni alteraciones de la percepción), el código de diagnóstico habría sido F15.920. Consulte la nota de codificación para los síndromes de intoxicación y abstinencia de sustancias específicas para conocer las opciones de codificación reales.

Para sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., esteroides anabólicos), se debe utilizar el código ICD-10-CM para intoxicación por otra sustancia (o desconocida) o abstinencia de otra sustancia (o desconocida) e indicar la sustancia específica (ej., intoxicación por esteroides anabólicos F19.920).
Si se desconoce la sustancia consumida por el individuo, se debe utilizar el mismo código (es decir, para la clase “otra sustancia [o desconocida]”) (por ejemplo, F19.920 intoxicación por sustancia desconocida). Si hay síntomas o problemas asociados con una sustancia en particular pero no se cumplen los criterios para ninguno de los trastornos específicos de la sustancia, se puede utilizar la categoría no especificada (p. ej., F12.99 trastorno relacionado con el cannabis no especificado).

Como se señaló anteriormente, los códigos relacionados con sustancias en la CIE-10-MC combinan el aspecto del trastorno por uso de sustancias del cuadro clínico y el aspecto inducido por sustancias en un único código combinado. Por lo tanto, si están presentes tanto el trastorno por abstinencia de heroína como el trastorno por consumo moderado de heroína, se proporciona el código único F11.23 para abstinencia de heroína para cubrir ambas presentaciones. ver al individuo

Machine Translated by Google

secciones específicas de cada sustancia para obtener información adicional sobre codificación.

Trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos

Los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos son síndromes del SNC potencialmente graves, generalmente temporales, pero a veces persistentes, que se desarrollan en el contexto de los efectos de sustancias de abuso, medicamentos y algunas toxinas. Se distinguen de los trastornos por uso de sustancias, en los que un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos contribuyen al uso continuo de una sustancia a pesar de problemas importantes relacionados con ella. Los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos pueden ser inducidos por cualquiera de las 10 clases de sustancias que producen trastornos por uso de sustancias, o por una gran variedad de otros medicamentos utilizados en el tratamiento médico. Cada trastorno mental inducido por sustancias o medicamentos se describe en el capítulo correspondiente (p. ej., el trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos se encuentra en “Trastornos depresivos”) y, por lo tanto, aquí solo se ofrece una breve descripción. Todos los trastornos inducidos por sustancias o medicamentos comparten características comunes. Es importante reconocer estas características comunes para ayudar en la detección de estos trastornos. Estas características se describen a continuación:

A. Una presentación clínicamente significativa de síntomas característicos de trastornos en el área relevante. La clase diagnóstica predomina en el cuadro clínico.

B. Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de ambos. la siguiente:

1. Los síntomas del Criterio A se desarrollaron durante o poco después de la intoxicación por sustancias, la abstinencia de sustancias o la exposición o la abstinencia de un medicamento; y 2. La sustancia/medicamento involucrado es capaz de producir los síntomas del Criterio A.

C. La alteración no se explica mejor por un trastorno mental independiente (es decir, uno que no es inducido por sustancias o medicamentos). Dicha evidencia de un trastorno mental independiente podría incluir lo siguiente:

1. La perturbación precedió a la aparición de una intoxicación grave o de abstinencia o exposición al medicamento; o
2. La perturbación persistió durante un período de tiempo sustancial (por ejemplo, al menos 1 mes) después de la cese de la abstinencia aguda o de la intoxicación grave o de tomar el

medicamento. Este criterio no se aplica a los trastornos neurocognitivos inducidos por sustancias ni al trastorno de percepción persistente de alucinógenos, que persisten más allá del cese de la intoxicación aguda o la abstinencia.

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Diagnóstico y características asociadas

Machine Translated by Google

Se pueden hacer algunas generalizaciones con respecto a las categorías de sustancias capaces de producir trastornos mentales inducidos por sustancias clínicamente relevantes. En general, las drogas más sedantes (sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y alcohol) pueden producir trastornos depresivos prominentes y clínicamente significativos durante la intoxicación, mientras que es probable que se observen estados de ansiedad durante los síndromes de abstinencia de estas sustancias. Además, durante la intoxicación, las sustancias más estimulantes (p. ej., anfetaminas y cocaína) probablemente se asocien con trastornos psicóticos inducidos por sustancias y trastornos de ansiedad inducidos por sustancias, y con episodios depresivos mayores inducidos por sustancias observados durante la abstinencia. Es probable que tanto los fármacos más sedantes como los más estimulantes produzcan alteraciones del sueño y sexuales significativas pero temporales. En la Tabla 1 se presenta una descripción general de la relación entre categorías específicas de sustancias y síndromes psiquiátricos específicos .

Las afecciones inducidas por medicamentos incluyen lo que a menudo son reacciones idiosincrásicas del SNC o ejemplos relativamente extremos de efectos secundarios de una amplia gama de medicamentos que se toman para una variedad de problemas médicos. Éstas incluyen complicaciones neurocognitivas de anestésicos, antihistamínicos, antihipertensivos y una variedad de otros medicamentos y toxinas (p. ej., organofosforados, insecticidas, monóxido de carbono), como se describe en el capítulo sobre trastornos neurocognitivos. Los síndromes psicóticos pueden experimentarse temporalmente en el contexto de medicamentos anticolinérgicos, cardiovasculares y esteroides, así como durante el uso de medicamentos recetados o de venta libre similares a estimulantes y depresores. Se pueden observar alteraciones temporales pero graves del estado de ánimo con una amplia gama de medicamentos, incluidos esteroides, antihipertensivos, disulfiram y cualquier sustancia depresora o estimulante, recetada o de venta libre. Una gama similar de medicamentos puede asociarse con síndromes de ansiedad temporal, disfunciones sexuales y trastornos del sueño.

En general, para ser considerado un trastorno mental inducido por sustancias o medicamentos, debe haber evidencia de que los síntomas observados probablemente no se expliquen mejor por un trastorno mental independiente. Es más probable que esto último sea el caso si los síntomas estaban presentes antes de la intoxicación grave o la abstinencia o la administración de medicamentos o, con la excepción de varios trastornos persistentes inducidos por sustancias enumerados en 1, continuaron más de 1 mes después del cese de la abstinencia aguda. , intoxicación grave o uso de medicamentos. Cuando los síntomas sólo se observan durante un delirio inducido por sustancias (p. ej., delirio por abstinencia de alcohol), sólo se debe diagnosticar el delirio, y otros síntomas psiquiátricos que ocurren durante el delirio no deben diagnosticarse por separado, ya que muchos de estos síntomas (p. ej., alteraciones en el estado de ánimo, la ansiedad, la prueba de la realidad) se observan comúnmente durante estados de agitación y confusión. Las características asociadas con cada trastorno mental importante relevante son similares ya sea que se observen en trastornos mentales independientes o inducidos por sustancias o medicamentos. Sin embargo, es probable que las personas con trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos también demuestren las características asociadas observadas con la categoría específica de sustancia o medicamento, como se enumera en otras subsecciones de este capítulo.

Desarrollo y evolución

Los trastornos mentales inducidos por sustancias se desarrollan en el contexto de intoxicación o abstinencia de sustancias de abuso, mientras que los trastornos mentales inducidos por medicamentos pueden observarse con medicamentos recetados o sin receta que se toman en las dosis sugeridas.

Machine Translated by Google

Ambas afecciones suelen ser temporales y es probable que desaparezcan aproximadamente un mes después del cese de la abstinencia aguda, la intoxicación grave o el uso del medicamento. Se producen excepciones a estas generalizaciones para ciertos trastornos de larga duración inducidos por sustancias: trastornos neurocognitivos asociados a sustancias que se relacionan con afecciones como el trastorno neurocognitivo inducido por alcohol, el trastorno neurocognitivo inducido por inhalantes y el trastorno neurocognitivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. trastorno; y trastorno de percepción persistente de alucinógenos (“flashbacks”; consulte la sección “Trastornos relacionados con alucinógenos” más adelante en este capítulo). Sin embargo, es probable que la mayoría de los trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos, independientemente de la gravedad de los síntomas, mejoren relativamente rápido con la abstinencia y es poco probable que sigan siendo clínicamente relevantes durante más de 1 mes después del cese total del uso.

Como ocurre con muchas consecuencias del consumo excesivo de sustancias, algunas personas son más y otras menos propensas a desarrollar trastornos específicos inducidos por sustancias. Tipos similares de predisposiciones pueden hacer que algunas personas sean más propensas a desarrollar efectos secundarios psiquiátricos de algunos tipos de medicamentos, pero no de otros. Sin embargo, no está claro si las personas con antecedentes familiares o personales previos de síndromes psiquiátricos independientes tienen más probabilidades de desarrollar el síndrome inducido una vez que se considera si la cantidad y frecuencia de la sustancia fueron suficientes para conducir al desarrollo de un síndrome. Síndrome inducido por sustancias.

Hay indicios de que la ingesta de sustancias de abuso o de algunos medicamentos con efectos secundarios psiquiátricos en el contexto de un trastorno mental preexistente probablemente dé lugar a una intensificación de los síntomas del trastorno mental preexistente. Es probable que el riesgo de sufrir trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos aumente tanto con la cantidad como con la frecuencia del consumo de la sustancia en cuestión.

Los perfiles de síntomas de los trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos se parecen a los trastornos mentales independientes. Si bien los síntomas de los trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos pueden ser idénticos a los de los trastornos mentales independientes (p. ej., delirios, alucinaciones, psicosis, episodios depresivos mayores, síndromes de ansiedad), y aunque pueden tener las mismas consecuencias graves (p. ej., suicidio), es probable que la mayoría de los trastornos mentales inducidos mejoren en cuestión de días o semanas de abstinencia.

Los trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos son una parte importante del diagnóstico diferencial de las enfermedades psiquiátricas independientes. La importancia de reconocer un trastorno mental inducido es similar a la relevancia de identificar el posible papel de algunas condiciones médicas y reacciones a los medicamentos antes de diagnosticar un trastorno mental independiente.

Los síntomas de los trastornos mentales inducidos por sustancias y medicamentos pueden ser idénticos en términos transversales a los de los trastornos mentales independientes, pero tienen tratamientos y pronósticos diferentes a los de la enfermedad independiente.

Consecuencias funcionales de la enfermedad mental inducida por sustancias o medicamentos Trastornos

Es probable que las mismas consecuencias relacionadas con el trastorno mental independiente relevante (por ejemplo, intentos de suicidio) se apliquen a los trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos, pero es probable que desaparezcan dentro de un mes después de la abstinencia. Del mismo modo, las mismas consecuencias funcionales

Machine Translated by Google

asociados con el trastorno por uso de sustancias en cuestión probablemente se observen en los trastornos mentales inducidos por sustancias.

Procedimientos de registro para enfermedades mentales inducidas por sustancias o medicamentos Trastornos

Los criterios de diagnóstico, las notas de codificación y los procedimientos de registro para los trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos específicos se proporcionan en los capítulos del manual correspondientes a los trastornos de fenomenología compartida (consulte la sección sobre trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos).

trastornos mentales en estos capítulos: “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, “Trastornos bipolares y relacionados”, “trastornos depresivos”, “trastornos de ansiedad”, “trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados”, “trastornos del sueño-vigilia”, “disfunciones sexuales” y “trastornos neurocognitivos”). Cuando se registra un trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos que es comórbido con un trastorno por uso de sustancias, solo se da un único diagnóstico que refleja tanto el tipo de sustancia como el tipo de trastorno mental inducido por la sustancia, así como la gravedad del trastorno. trastorno comórbido por consumo de sustancias (p. ej., trastorno psicótico inducido por cocaína con trastorno grave por consumo de cocaína). Para un trastorno mental inducido por sustancias que ocurre en ausencia de un trastorno comórbido por uso de sustancias (p. ej., cuando el trastorno es inducido por el uso único de una sustancia o medicamento), solo se registra el trastorno mental inducido por sustancia/medicación (p. ej., trastorno depresivo inducido por corticosteroides). La información adicional necesaria para registrar el nombre diagnóstico del trastorno mental inducido por sustancia o medicamento se proporciona en la sección “Procedimientos de registro” para cada trastorno mental inducido por sustancia o medicamento en su capítulo respectivo.

Trastornos relacionados con el alcohol

Trastorno por consumo de alcohol

Intoxicación alcohólica

Abstinencia de alcohol

Trastornos mentales inducidos por el alcohol

Trastorno no especificado relacionado con el alcohol

Trastorno por consumo de alcohol

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón problemático de consumo de alcohol que conduce a un deterioro clínicamente significativo o

Machine Translated by Google

malestar, manifestado por al menos dos de los siguientes síntomas, que ocurren dentro de un período de 12 meses:

1. A menudo se consume alcohol en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que se tomaba. destinado.
2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos por reducir o controlar consumo de alcohol.
3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a actividades necesarias para obtener alcohol, consumir alcohol o recuperarse de sus efectos.
4. Ansia, o un fuerte deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que resulta en el incumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuo de alcohol a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. Se abandonan o reducen importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de alcohol.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que resulte físicamente peligroso.

9. Se continúa consumiendo alcohol a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, según lo definido por cualquiera de los siguientes:
    a. Necesidad de consumir cantidades notablemente mayores de alcohol para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
    b. Un efecto notablemente disminuido con el uso continuo de la misma cantidad de alcohol.
11. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes: a. El síndrome de abstinencia característico del alcohol (consulte los Criterios A y B de los criterios establecidos para la abstinencia de alcohol).
    b. Se toma alcohol (o una sustancia estrechamente relacionada, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especifique

si: En remisión temprana: Después de que se cumplieron todos los criterios para el trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de alcohol durante al menos 3 meses pero menos de 12 meses (con la excepción del Criterio A4, “Ansia , o un fuerte deseo o impulso de consumir alcohol”, puede satisfacerse).

En remisión sostenida: Después de que se cumplieron todos los criterios para el trastorno por consumo de alcohol, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de alcohol se ha cumplido en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción del Criterio A4, “Anhelo o deseo de consumir alcohol”). fuerte deseo o necesidad de consumir alcohol”, puede satisfacerse).

Machine Translated by Google

Especificar

si: En un ambiente controlado: este especificador adicional se utiliza si el individuo se encuentra en un ambiente donde el acceso al alcohol está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si también hay intoxicación por alcohol, abstinencia de alcohol u otro trastorno mental inducido por el alcohol, no utilice los códigos siguientes para el trastorno por consumo de alcohol. En cambio, el trastorno comórbido por consumo de alcohol se indica en el cuarto carácter del código de trastorno inducido por el alcohol (consulte la nota de codificación para intoxicación por alcohol, abstinencia de alcohol o un trastorno mental específico inducido por el alcohol). Por ejemplo, si hay intoxicación por alcohol y trastorno por consumo de alcohol comórbidos, solo se proporciona el código de intoxicación por alcohol, y el cuarto carácter indica si el trastorno por consumo de alcohol comórbido es leve, moderado o grave: F10.129 para trastorno por consumo de alcohol leve con intoxicación por alcohol o F10.229 para un trastorno por consumo de alcohol moderado o grave con intoxicación por alcohol.

Especifique la gravedad/remisión actual:

F10.10 Leve: Presencia de 2 a 3 síntomas.

F10.11 Leve, en remisión temprana F10.11

Leve, en remisión sostenida F10.20 Moderado:

Presencia de 4 a 5 síntomas.

F10.21 Moderado, en remisión temprana F10.21

Moderado, en remisión sostenida F10.20 Grave:

Presencia de 6 o más síntomas.

F10.21 Grave, en remisión temprana F10.21

Grave, en remisión sostenida

Los especificadores "En un ambiente controlado" se aplican como un especificador adicional de remisión si el individuo se encuentra tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado). Ejemplos de estos entornos son las cárceles libres de sustancias y estrechamente supervisadas, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave.

La gravedad del trastorno se basa en la cantidad de criterios de diagnóstico respaldados. Para un individuo determinado, los cambios en la gravedad del trastorno por consumo de alcohol a lo largo del tiempo también se reflejan en reducciones en la frecuencia (p. ej., días de consumo por mes) o dosis (p. ej., número de bebidas estándar consumidas por día) de alcohol consumido, según lo evaluado. por el autoinforme del individuo, informes de otras personas conocedoras, observaciones médicas y, cuando sea práctico, pruebas biológicas (p. ej., elevaciones en los análisis de sangre como se describe en la sección "Marcadores de diagnóstico" para este trastorno).

Características diagnósticas El

trastorno por consumo de alcohol se define por un conjunto de síntomas físicos y conductuales, como abstinencia, tolerancia y ansia. La abstinencia de alcohol se caracteriza por la abstinencia.

Machine Translated by Google

síntomas que se desarrollan aproximadamente entre 4 y 12 horas después de la reducción de la ingesta tras una ingestión excesiva y prolongada de alcohol. Debido a que la abstinencia del alcohol puede ser desagradable e intensa, las personas pueden continuar consumiendo alcohol a pesar de las consecuencias adversas, a menudo para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Algunos síntomas de abstinencia (p. ej., problemas para dormir) pueden persistir en intensidades más bajas durante meses y pueden contribuir a una recaída. Una vez que se desarrolla un patrón de consumo repetitivo e intenso, las personas con trastorno por consumo de alcohol pueden dedicar períodos sustanciales de su tiempo a obtener y consumir bebidas alcohólicas.

El ansia de alcohol está indicada por un fuerte deseo de beber que dificulta pensar en otra cosa y que a menudo resulta en el inicio de la bebida. El rendimiento escolar y laboral también puede verse afectado por las secuelas del consumo de alcohol o por una intoxicación real en la escuela o en el trabajo; se pueden descuidar el cuidado de los niños o las responsabilidades del hogar; y pueden ocurrir ausencias relacionadas con el alcohol en la escuela o el trabajo. El individuo puede consumir alcohol en circunstancias físicamente peligrosas (por ejemplo, conducir un automóvil, nadar, operar maquinaria en estado de ebriedad).

Finalmente, las personas con un trastorno por consumo de alcohol pueden continuar consumiendo alcohol a pesar de saber que su consumo continuo plantea importantes problemas físicos (p. ej., desmayos, enfermedades hepáticas), psicológicos (p. ej., depresión), sociales o interpersonales (p. ej., discusiones violentas con su cónyuge). en estado de ebriedad, abuso infantil).

Funciones asociadas

El trastorno por consumo de alcohol a menudo se asocia con problemas similares a los asociados con otras sustancias (p. ej., cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos).

El alcohol podrá utilizarse para aliviar los efectos no deseados de estas otras sustancias o para sustituirlas cuando no estén disponibles. Los síntomas de problemas de conducta, depresión, ansiedad e insomnio acompañan con frecuencia al consumo excesivo de alcohol y, a veces, lo preceden.

La ingesta repetida de altas dosis de alcohol puede afectar a casi todos los sistemas orgánicos, especialmente el tracto gastrointestinal, el sistema cardiovascular y los sistemas nerviosos central y periférico.

Los efectos gastrointestinales incluyen gastritis, úlceras estomacales o duodenales y, en aproximadamente el 15% de las personas que consumen mucho alcohol, cirrosis hepática y/o pancreatitis. También hay una mayor tasa de cáncer de esófago, estómago y otras partes del tracto gastrointestinal. Una de las condiciones más comúnmente asociadas es la hipertensión de bajo grado. La miocardiopatía y otras miopatías son menos comunes, pero ocurren con mayor frecuencia entre quienes beben mucho.

Estos factores, junto con una marcada

Los aumentos en los niveles de triglicéridos y colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad contribuyen a un riesgo elevado de enfermedad cardíaca. La neuropatía periférica puede manifestarse por debilidad muscular, parestesias y disminución de la sensación periférica. Los efectos más persistentes en el sistema nervioso central incluyen déficits cognitivos, como deterioro severo de la memoria y cambios degenerativos en el cerebelo. Estos efectos están relacionados con los efectos directos del alcohol, los traumatismos o las deficiencias de vitaminas (particularmente de las vitaminas B, incluida la tiamina). Un efecto devastador sobre el sistema nervioso central es el relativamente raro trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol, o síndrome de Wernicke-Korsakoff, en el que la capacidad de codificar nuevos recuerdos está gravemente afectada. Esta condición ahora se describiría en el capítulo "Trastornos neurocognitivos" y se

Machine Translated by Google

denominado trastorno neurocognitivo inducido por sustancias o medicamentos.

El trastorno por consumo de alcohol contribuye de manera importante al riesgo de suicidio durante una intoxicación grave y en el contexto de un trastorno bipolar o depresivo temporal inducido por el alcohol. Existe una mayor tasa de conducta suicida y de suicidio entre las personas con este trastorno.

Predominio

El trastorno por consumo de alcohol es común. En los Estados Unidos, se estimó que las tasas de prevalencia a lo largo de la vida del trastorno por consumo de alcohol según el DSM-5 entre adultos eran del 29,1% en general, con la gravedad especificada de la siguiente manera: 8,6% leve, 6,6% moderada y 13,9% grave. Entre los adultos australianos, la prevalencia estimada a lo largo de la vida del trastorno por consumo de alcohol según el DSM-5 fue del 31,0%.

Las tasas de trastorno varían según el sexo y la edad. En Estados Unidos, las tasas fueron mayores entre los hombres (36,0% de prevalencia a lo largo de la vida) que entre las mujeres (22,7%). La prevalencia de doce meses de los trastornos por consumo de alcohol según el DSM-IV en los Estados Unidos fue del 4,6% entre personas de 12 a 17 años, del 16,2% entre personas de 18 a 29 años y del 1,5% entre personas de 65 años o más.

La prevalencia de doce meses de los trastornos por consumo de alcohol también varía entre los grupos etnoraciales de Estados Unidos. Para las personas de 12 a 17 años, la prevalencia de los trastornos por consumo de alcohol según el DSM-IV fue mayor entre los nativos americanos (2,8%) y los blancos no latinos (2,2%), en comparación con los asiático-americanos (1,6%), los individuos que reportaron dos o más trastornos raciales. orígenes (1,6%), hispanos (1,5%) y afroamericanos (0,8%). Entre los adultos, los datos de un gran estudio poblacional estadounidense indicaron que la prevalencia de 12 meses del trastorno por consumo de alcohol según el DSM-5 fue del 14,4% en afroamericanos, del 14,0% en blancos no hispanos, del 13,6% en hispanos y del 10,6% en Asiáticos americanos e isleños del Pacífico. Los datos de una gran encuesta comunitaria de nativos americanos de las naciones tribales del suroeste y las llanuras del norte mostraron que la prevalencia de 12 meses de abuso y dependencia del alcohol según el DSM-IV osciló entre el 4,1% y el 9,8%. Existe una amplia diversidad en las tasas y patrones de abuso y dependencia del alcohol en las más de 570 comunidades de indios americanos y nativos de Alaska en los Estados Unidos, así como altas tasas de abstinencia del consumo de alcohol en algunas de estas comunidades. Las experiencias históricas de desposesión, subyugación y discriminación continua se han asociado con un mayor riesgo de aparición de síntomas. Dada la diversidad de comunidades tribales, las estimaciones de prevalencia del trastorno por consumo de alcohol entre los nativos americanos deben interpretarse con cautela.

Desarrollo y evolución El primer episodio de intoxicación por alcohol probablemente ocurra a mediados de la adolescencia. Los problemas relacionados con el alcohol que no cumplen todos los criterios de un trastorno por consumo o problemas aislados pueden ocurrir antes de los 20 años, pero la edad de inicio de un trastorno por consumo de alcohol con dos o más de los criterios agrupados alcanza su punto máximo al final de la adolescencia o al principio de la adolescencia. hasta mediados de los 20. La gran mayoría de las personas que desarrollan trastornos relacionados con el alcohol lo hacen alrededor de los 30 años. Es probable que la primera evidencia de abstinencia no aparezca hasta que se hayan desarrollado muchos otros aspectos del trastorno por consumo de alcohol. Se observa una aparición más temprana del trastorno por consumo de alcohol en adolescentes con problemas de conducta preexistentes y en aquellos con un inicio más temprano de intoxicación.

El trastorno por consumo de alcohol tiene un curso variable que se caracteriza por períodos de remisión y

Machine Translated by Google

recaída. Es probable que a la decisión de dejar de beber, a menudo en respuesta a una crisis, le siga un período de semanas o más de abstinencia, al que a menudo le siguen períodos limitados de consumo de alcohol controlado o no problemático. Sin embargo, una vez que se reanuda el consumo de alcohol, es muy probable que el consumo aumente rápidamente y que vuelvan a desarrollarse problemas graves.

El trastorno por consumo de alcohol a menudo se percibe erróneamente como una afección intratable, quizás debido al hecho de que las personas que acuden a tratamiento suelen tener antecedentes de muchos años de problemas graves relacionados con el alcohol. Sin embargo, estos casos más graves representan sólo una minoría de personas con este trastorno, y el individuo típico con este trastorno tiene un pronóstico mucho más prometedor.

Entre los adolescentes, los trastornos de conducta y el comportamiento antisocial repetido a menudo coexisten con el alcohol y otros trastornos relacionados con otras sustancias. Si bien la mayoría de las personas con trastorno por consumo de alcohol desarrollan la afección antes de los 40 años, quizás el 10% comienza más tarde, como sugiere un estudio prospectivo realizado en California. Los cambios físicos relacionados con la edad en personas mayores dan como resultado una mayor susceptibilidad cerebral a los efectos depresores del alcohol; disminución de las tasas de metabolismo hepático de una variedad de sustancias, incluido el alcohol; y menores porcentajes de agua corporal. Estos cambios pueden provocar que las personas mayores desarrollen una intoxicación más grave y problemas posteriores con niveles de consumo más bajos. Los problemas relacionados con el alcohol en las personas mayores también tienen especial probabilidad de estar asociados con otras complicaciones médicas.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Los factores de riesgo y pronóstico ambientales pueden incluir pobreza y discriminación (incluidas desigualdades estructurales como tasas diferenciales de encarcelamiento y acceso diferencial a medicamentos para el tratamiento de adicciones), desempleo y bajos niveles de educación, actitudes culturales hacia el consumo de alcohol y la intoxicación, la disponibilidad de alcohol (incluido el precio).), experiencias personales adquiridas con el alcohol y niveles de estrés. Otros posibles mediadores de cómo se desarrollan los problemas con el alcohol en personas predispuestas incluyen un mayor consumo de sustancias por parte de sus compañeros, expectativas positivas exageradas sobre los efectos del alcohol y formas subóptimas de afrontar el estrés.

Genético y fisiológico. El trastorno por consumo de alcohol es hereditario y entre el 40% y el 60% de la variación del riesgo se explica por influencias genéticas. La tasa de esta afección es de tres a cuatro veces mayor en parientes cercanos de personas con trastorno por consumo de alcohol, con valores más altos para personas con un mayor número de parientes afectados, relaciones genéticas más cercanas con el individuo afectado y mayor gravedad de los problemas relacionados con el alcohol. problemas en esos familiares. Existe una tasa significativamente mayor de trastorno por consumo de alcohol en el gemelo monocigótico que en el gemelo dicigótico de un individuo con la afección. Se ha observado un aumento de tres a cuatro veces en el riesgo en hijos de personas con trastorno por consumo de alcohol, incluso cuando estos niños fueron dados en adopción al nacer y criados por padres adoptivos que no padecían el trastorno.

Los avances en la comprensión de los genes que operan a través de características intermedias (o fenotipos) para afectar el riesgo de trastorno por consumo de alcohol pueden ayudar a identificar a las personas que podrían tener un riesgo particularmente bajo o alto de sufrir un trastorno por consumo de alcohol. Entre los fenotipos de bajo riesgo se encuentra el enrojecimiento cutáneo agudo relacionado con el alcohol (que se observa con mayor frecuencia en personas de ascendencia asiática). La alta vulnerabilidad se asocia con esquizofrenia o trastorno bipolar preexistente, así como con impulsividad (lo que produce tasas elevadas de todos los trastornos por uso de sustancias y de juego), y un riesgo alto específicamente para el trastorno por consumo de alcohol se asocia con un bajo nivel de respuesta (bajo

Machine Translated by Google

sensibilidad) al alcohol. Varias variaciones genéticas pueden explicar la baja respuesta al alcohol o modular los sistemas de recompensa de dopamina; sin embargo, es probable que cualquier variante genética única explique sólo entre el 1% y el 2% del riesgo de estos trastornos. Las interacciones gen-ambiente modulan el impacto de las variaciones genéticas; para

Por ejemplo, los efectos genéticos sobre el consumo de alcohol son más pronunciados cuando se minimizan las limitaciones sociales (p. ej., baja supervisión de los padres) o cuando el entorno permite un fácil acceso al alcohol o fomenta su consumo (p. ej., alta desviación de los pares).

Modificadores de curso. En general, los niveles altos de impulsividad se asocian con un inicio más temprano y trastorno por consumo de alcohol más grave.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura En la mayoría de las culturas, el alcohol es la sustancia intoxicante que se consume con más frecuencia y contribuye a una morbilidad y mortalidad considerables. A nivel mundial, se atribuyeron 2,8 millones de muertes al consumo de alcohol, lo que corresponde al 2,2% del total de muertes estandarizadas por edad entre mujeres y al 6,8% entre hombres. A nivel mundial, se estima que 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres padecen trastornos por consumo de alcohol, registrándose la mayor prevalencia entre hombres y mujeres de la Región de Europa (14,8% y 3,5%) y la Región de las Américas (11,5% y 5,1%); en general, los países de ingresos altos tienen la prevalencia más alta. Una mayor aculturación a la sociedad estadounidense entre los inmigrantes se asocia con una creciente prevalencia del trastorno por consumo de alcohol, especialmente entre las mujeres. La densidad étnica (mayor proporción de personas del mismo origen) puede disminuir el riesgo de trastorno por consumo de alcohol debido a un mayor apoyo social y una protección contra los efectos de la discriminación. Sin embargo, la segregación vecinal puede aumentar el riesgo de trastornos debido a la asociación con otros factores de riesgo, como una mayor concentración de publicidad de alcohol y puntos de venta minorista en áreas de bajos ingresos.

Los polimorfismos genéticos de las enzimas que metabolizan el alcohol, la alcohol deshidrogenasa y la aldehído deshidrogenasa, pueden afectar la respuesta al alcohol. Al consumir alcohol, las personas con ciertos polimorfismos pueden experimentar enrojecimiento de la cara y palpitaciones, reacciones que pueden ser tan graves como para limitar o impedir el consumo futuro de alcohol y disminuir el riesgo de trastorno por consumo de alcohol. Por ejemplo, estas variaciones genéticas se observan hasta en el 40% de los japoneses, chinos y coreanos y están relacionadas con menores riesgos de padecer el trastorno. Sin embargo, este efecto protector puede estar modulado por factores socioculturales, como lo demuestra la creciente prevalencia del trastorno por consumo de alcohol en Japón, China y Corea del Sur durante las últimas décadas, asociada con una creciente occidentalización y cambios de actitudes culturales sobre el consumo de alcohol por parte de las mujeres.

A pesar de las pequeñas variaciones con respecto a los elementos de los criterios individuales, los criterios de diagnóstico funcionan igualmente bien en la mayoría de los grupos raciales o étnicos.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Los hombres tienen tasas más altas de consumo de alcohol y alcohol que las mujeres, aunque la brecha de género se está reduciendo a medida que las mujeres inician el consumo de alcohol a una edad más temprana. Debido a que las mujeres generalmente pesan menos que los hombres, tienen más grasa y menos agua en sus cuerpos y metabolizan menos alcohol en el esófago y el estómago, es probable que desarrollen niveles más altos de alcohol en sangre por bebida.

Machine Translated by Google

que los machos. Las mujeres que beben mucho también pueden ser más vulnerables que los hombres a algunas de las consecuencias físicas asociadas con el alcohol, incluidos desmayos y enfermedades hepáticas relacionados con el alcohol. Además, si bien los mecanismos genéticos relacionados con el riesgo de alcohol se superponen en hombres y mujeres, los componentes ambientales específicos que aumentan el riesgo pueden diferir entre los sexos, especialmente durante la adolescencia. Beber durante el embarazo, que tiende a disminuir en general, puede ser un signo de un trastorno por consumo de alcohol.

Marcadores de diagnóstico Las

personas cuyo consumo excesivo de alcohol los coloca en un riesgo elevado de sufrir un trastorno por consumo de alcohol pueden identificarse mediante cuestionarios estandarizados y mediante elevaciones en los resultados de los análisis de sangre que probablemente se observen con un consumo excesivo de alcohol con regularidad. Estas medidas no establecen un diagnóstico de un trastorno relacionado con el alcohol, pero pueden ser útiles para resaltar a las personas para

de quien se debe recabar más información. La prueba más directa disponible para medir transversalmente el consumo de alcohol es la concentración de alcohol en sangre, que también se puede utilizar para juzgar la tolerancia al alcohol. Por ejemplo, se puede presumir que un individuo con una concentración de 150 mg de etanol por decilitro (dL) de sangre que no muestra signos de intoxicación ha adquirido al menos cierto grado de tolerancia al alcohol. Con dosis de 200 mg/dl, la mayoría de los individuos que no la toleran presentan una intoxicación grave.

En cuanto a las pruebas de laboratorio, un indicador de laboratorio sensible del consumo excesivo de alcohol es una elevación modesta o niveles normales altos (>35 unidades) de gamma-glutamiltransferasa (GGT). Este puede ser el único hallazgo de laboratorio. Al menos el 70% de las personas con un nivel alto de GGT son bebedores empedernidos persistentes (es decir, consumen ocho o más tragos al día de forma regular). Una segunda prueba con niveles comparables o incluso superiores de sensibilidad y especificidad es la transferrina deficiente en carbohidratos (CDT), con niveles de 20 unidades o más, útiles para identificar a las personas que consumen regularmente ocho o más bebidas al día. Dado que tanto los niveles de GGT como los de CDT vuelven a la normalidad a los pocos días o semanas de dejar de beber, ambos marcadores de estado pueden ser útiles para monitorear la abstinencia, especialmente cuando el médico observa aumentos, en lugar de disminuciones, en estos valores a lo largo del tiempo, un hallazgo que indica que la Es probable que el individuo haya vuelto a beber en exceso. La combinación de pruebas para CDT y GGT puede tener niveles incluso más altos de sensibilidad y especificidad que cualquiera de las pruebas utilizadas por separado. Otras pruebas útiles incluyen el volumen corpuscular medio (MCV), que puede estar elevado a valores normales altos en personas que beben mucho, un cambio que se debe a los efectos tóxicos directos del alcohol sobre la eritropoyesis.

Aunque el MCV se puede utilizar para ayudar a identificar a quienes beben en exceso, es un método deficiente para controlar la abstinencia debido a la larga vida media de los glóbulos rojos. Las pruebas de función hepática (p. ej., alanina aminotransferasa y fosfatasa alcalina) pueden revelar daño hepático como consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Otros marcadores potenciales de consumo excesivo de alcohol que son menos específicos del alcohol pero que pueden ayudar al médico a pensar en los posibles efectos del alcohol incluyen elevaciones en los niveles sanguíneos o lípidos (p. ej., triglicéridos y colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad) y niveles normales altos de ácido úrico. .

Los marcadores de diagnóstico adicionales se relacionan con signos y síntomas que reflejan las consecuencias que a menudo se asocian con el consumo excesivo y persistente de alcohol. Por ejemplo, dispepsia, náuseas e hinchazón.

Machine Translated by Google

puede acompañar a la gastritis, y la hepatomegalia, las várices esofágicas y las hemorroides pueden reflejar cambios en el hígado inducidos por el alcohol. Otros signos físicos del consumo excesivo de alcohol incluyen temblores, marcha inestable, insomnio y disfunción eréctil. Los hombres con trastorno por consumo crónico de alcohol pueden presentar una disminución del tamaño testicular y efectos feminizantes asociados con niveles reducidos de testosterona. El consumo excesivo y repetido de alcohol en las mujeres se asocia con irregularidades menstruales y, durante el embarazo, aborto espontáneo y síndrome de alcoholismo fetal. Las personas con antecedentes preexistentes de epilepsia o traumatismo craneoencefálico grave tienen más probabilidades de desarrollar convulsiones relacionadas con el alcohol. La abstinencia de alcohol puede estar asociada con náuseas, vómitos, gastritis, hematemesis, boca seca, tez hinchada y con manchas y edema periférico leve.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas La mayoría de los estudios

sobre tendencias suicidas y alcohol abordan el consumo de alcohol en lugar del trastorno por consumo de alcohol. Sin embargo, un estudio de autopsia psicológica realizado en Australia encontró que la agresión, la comorbilidad psiquiátrica y los conflictos interpersonales recientes son factores de riesgo de suicidio en personas con trastorno por consumo de alcohol. Una revisión de estudios realizados entre 1999 y 2014 en varios países, incluido Estados Unidos, informó que tanto la intoxicación como el consumo excesivo crónico de alcohol están asociados con el suicidio; hay numerosos datos a nivel poblacional que vinculan el alcohol con el suicidio, y hay evidencia que sugiere que el consumo restrictivo de alcohol Las políticas pueden ayudar a prevenir el suicidio a nivel de la población general. Un metaanálisis de estudios realizados en los Estados Unidos y varios otros países entre 1996 y 2015 encontró que, en comparación con las personas que no beben, el consumo agudo de alcohol se asoció con un consumo casi

aumento de siete veces el riesgo de intento de suicidio. Además, en este metanálisis, así como en estudios cruzados de casos y controles realizados en Estados Unidos, un mayor consumo de alcohol en un plazo de 24 horas fue un factor de riesgo de intento de suicidio mucho más potente que un menor consumo de alcohol. En una cohorte de pacientes en Mississippi, el uso conjunto agudo de alcohol y sedantes tuvo una asociación aún más fuerte con el intento de suicidio en comparación con el consumo de alcohol solo. Una revisión sistemática y un metanálisis de estudios realizados entre 1975 y 2014 en varios países, incluido Estados Unidos, encontraron que el consumo de alcohol está asociado con la posesión de armas de fuego, que los bebedores de alcohol tienen de cuatro a seis veces más probabilidades de morir por suicidio con una pistola. que los no bebedores, y que los bebedores empedernidos tienen más probabilidades de elegir armas de fuego en lugar de otros métodos suicidas en comparación con los no bebedores.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de alcohol Las características

diagnósticas del trastorno por consumo de alcohol resaltan áreas importantes del funcionamiento de la vida que probablemente se vean afectadas. Estos incluyen la conducción y operación de maquinaria, la escuela y el trabajo, las relaciones interpersonales y la comunicación, y la salud. Los trastornos relacionados con el alcohol contribuyen al ausentismo laboral, los accidentes laborales y la baja productividad de los empleados. Las tasas son elevadas en personas sin hogar, lo que quizás refleja una espiral descendente en el funcionamiento social y ocupacional, aunque la mayoría de las personas con trastorno por consumo de alcohol continúan viviendo con sus familias y funcionando en sus trabajos.

El trastorno por consumo de alcohol se asocia con un aumento significativo del riesgo de accidentes, violencia y suicidio. Se estima que uno de cada cinco ingresos a unidades de cuidados intensivos en alguna zona urbana

Machine Translated by Google

hospitales está relacionado con el alcohol y que el 40% de las personas en los Estados Unidos experimentan un evento adverso relacionado con el alcohol en algún momento de sus vidas, y el alcohol representa hasta el 55% de los eventos fatales al conducir. El trastorno grave por consumo de alcohol, especialmente en personas con trastorno de personalidad antisocial, se asocia con la comisión de actos delictivos, incluido el homicidio.
El consumo grave y problemático de alcohol también contribuye a la desinhibición y a los sentimientos de tristeza e irritabilidad, que contribuyen a los intentos de suicidio y al suicidio.

La abstinencia imprevista de alcohol en personas hospitalizadas para quienes se ha pasado por alto un diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol puede aumentar los riesgos y costos de la hospitalización y el tiempo de permanencia en el hospital.

Diagnóstico Diferencial

Consumo no patológico de alcohol. El elemento clave del trastorno por consumo de alcohol es el consumo de dosis elevadas de alcohol, lo que produce malestar o deterioro del funcionamiento repetidos y significativos. Si bien la mayoría de los bebedores a veces consumen suficiente alcohol como para sentirse intoxicados, sólo una minoría (<20%) llega a desarrollar un trastorno por consumo de alcohol. Por lo tanto, el consumo de alcohol, incluso a diario, en dosis bajas y la intoxicación ocasional no hacen por sí solos este diagnóstico.

Intoxicación por alcohol, abstinencia de alcohol y trastornos mentales inducidos por el alcohol. El trastorno por consumo de alcohol se diferencia de la intoxicación por alcohol, la abstinencia de alcohol y los trastornos mentales inducidos por el alcohol (p. ej., trastorno depresivo inducido por el alcohol) en que el trastorno por consumo de alcohol describe un patrón problemático de consumo de alcohol que implica un control deficiente sobre el consumo de alcohol, deterioro social debido a consumo de alcohol, consumo de riesgo de alcohol (p. ej., conducir en estado de ebriedad) y síntomas farmacológicos (el desarrollo de tolerancia o abstinencia), mientras que la intoxicación por alcohol, la abstinencia de alcohol y los trastornos mentales inducidos por el alcohol describen síndromes psiquiátricos que se desarrollan en el contexto del consumo intenso. . La intoxicación por alcohol, la abstinencia de alcohol y los trastornos mentales inducidos por el alcohol ocurren con frecuencia en personas con trastorno por consumo de alcohol.
En tales casos, además del diagnóstico, se debe realizar un diagnóstico de intoxicación por alcohol, abstinencia de alcohol o trastorno mental inducido por el alcohol.

un diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Los signos y síntomas del trastorno por consumo de alcohol son similares a los observados en el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Sin embargo, es necesario distinguir los dos porque el curso puede ser diferente, especialmente en relación con los problemas médicos.

Trastorno de conducta en la infancia y trastorno de personalidad antisocial. El trastorno por consumo de alcohol, junto con otros trastornos por consumo de sustancias, se observa en la mayoría de las personas con trastorno de personalidad antisocial y trastorno de conducta preexistente. Debido a que estos diagnósticos se asocian con una aparición temprana del trastorno por consumo de alcohol, así como con un peor pronóstico, es importante establecer ambas condiciones.

Comorbilidad

Los trastornos bipolares, la esquizofrenia y el trastorno de personalidad antisocial están asociados con el alcohol

Machine Translated by Google

trastorno por consumo de alcohol, y la mayoría de los trastornos de ansiedad y depresivos también están asociados con el trastorno por consumo de alcohol. Al menos una parte de la asociación informada entre la depresión y el trastorno por consumo de alcohol de moderado a grave puede ser atribuible a síntomas depresivos comórbidos temporales inducidos por el alcohol que resultan de los efectos agudos de la intoxicación o la abstinencia, aunque este punto ha sido debatido durante mucho tiempo. La intoxicación alcohólica grave y repetida también puede suprimir los mecanismos inmunitarios y predisponer a las personas a infecciones y aumentar el riesgo de cáncer.

Intoxicación alcohólica

Criterios de diagnóstico

A. Ingestión reciente de alcohol.

B. Cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento sexual o agresivo inapropiado, labilidad del estado de ánimo, deterioro del juicio) que se desarrollaron durante o poco después de la ingestión de alcohol.

C. Uno (o más) de los siguientes signos o síntomas que se desarrollan durante o poco después del consumo de alcohol:

1. Habla arrastrando las palabras.
2. Descoordinación.
3. Marcha inestable.
4. Nistagmo.
5. Deterioro de la atención o la memoria.
6. Estupor o coma.

D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación por otra sustancia.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende de si existe un trastorno comórbido por consumo de alcohol. Si un trastorno leve por consumo de alcohol es comórbido, el código ICD-10-CM es F10.120, y si un trastorno moderado o grave por consumo de alcohol es comórbido, el código ICD-10-CM es F10.220. Si no existe un trastorno comórbido por consumo de alcohol, entonces el código ICD-10-CM es F10.920.

Características diagnósticas La

característica esencial de la intoxicación por alcohol es la presencia de cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos y, a veces, potencialmente mortales (p. ej., comportamiento sexual o agresivo inapropiado, labilidad del estado de ánimo, deterioro del juicio y la toma de decisiones, dificultades con tareas complejas como conducir y deterioro del funcionamiento social u ocupacional) que se desarrollan durante o poco después de la ingestión de alcohol (Criterio B). Estos cambios son

Machine Translated by Google

Se acompaña de evidencia de deterioro del funcionamiento y del juicio y, si la intoxicación es intensa, puede provocar un coma potencialmente mortal. Los síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica (p. ej., cetoacidosis diabética), no son un reflejo de afecciones como el delirio y no están relacionados con la intoxicación con otros fármacos depresores (p. ej., benzodiazepinas) (Criterio D). Los niveles de falta de coordinación pueden interferir con la capacidad de conducción y el desempeño de las actividades habituales hasta el punto de provocar accidentes automovilísticos u otros eventos que resulten en lesiones. La evidencia del consumo de alcohol se puede obtener oliendo el alcohol en el aliento del individuo, obteniendo una historia del individuo u otro observador y, cuando sea necesario, pidiendo al individuo que proporcione muestras de aliento, sangre u orina para análisis toxicológicos.

Funciones asociadas

Es probable que los signos y síntomas de intoxicación sean más intensos cuando el nivel de alcohol en sangre aumenta que cuando baja. La duración de la intoxicación depende de cuánto alcohol se consumió y durante qué período de tiempo. En general, el cuerpo es capaz de metabolizar aproximadamente una bebida por hora, de modo que el nivel de alcohol en sangre generalmente disminuye a un ritmo de 15 a 20 mg/dl por hora.

Incluso durante una intoxicación por alcohol leve, es probable que se observen diferentes síntomas en diferentes momentos. En la mayoría de las personas se pueden observar signos de intoxicación leve por alcohol después de aproximadamente dos tragos (cada trago estándar contiene aproximadamente 10 a 12 gramos de etanol y eleva la concentración de alcohol en sangre en aproximadamente 20 mg/100 ml). Al principio del período de consumo de alcohol, cuando los niveles de alcohol en sangre aumentan, los síntomas suelen reflejar estimulación (p. ej., locuacidad, sensación de bienestar, estado de ánimo alegre y expansivo). Más adelante, especialmente cuando los niveles de alcohol en sangre están disminuyendo, es probable que el individuo se vuelva progresivamente más deprimido, retraído y con deterioro cognitivo.

La intoxicación por alcohol a veces se asocia con amnesia de los acontecimientos que ocurrieron durante el curso de la intoxicación (“apagones”). Este fenómeno está relacionado con un nivel de alcohol en sangre relativamente alto y, quizás, con la rapidez con la que se alcanza este nivel. La intoxicación aguda por alcohol puede causar alteraciones metabólicas (p. ej., hipoglucemia, alteraciones electrolíticas) y puede tener efectos cardiovasculares, respiratorios y/o gastrointestinales graves. Con niveles de alcohol en sangre muy altos (p. ej., 200 a 300 mg/dl), es probable que un individuo que no ha desarrollado tolerancia al alcohol se quede dormido y entre en una primera etapa de anestesia. Los niveles más altos de alcohol en sangre (p. ej., superiores a 300 a 400 mg/dL) pueden causar inhibición de la respiración y el pulso e incluso la muerte en individuos no tolerantes.

La intoxicación por alcohol contribuye de manera importante a la violencia interpersonal y al comportamiento suicida. Entre las personas intoxicadas por alcohol, parece haber una mayor tasa de lesiones accidentales (incluidas muertes debidas a conductas asociadas con alteración del juicio, autolesiones y violencia), conductas suicidas y suicidio.

Predominio

Es probable que la gran mayoría de los consumidores de alcohol hayan estado intoxicados hasta cierto punto en algún momento de sus vidas. Por ejemplo, en 2018, el 43% de los estudiantes de 12º grado en Estados Unidos informaron haber “estado borrachos” al menos una vez en su vida, y el 17,5% de ellos informaron que se habían emborrachado al menos una vez en los 30 días anteriores. Usar una definición de intoxicación de cuatro o más bebidas estándar en cualquier día para mujeres y cinco o más

Machine Translated by Google

bebidas estándar en cualquier día para los hombres, la prevalencia de 12 meses de consumo de alcohol de alto riesgo en adultos estadounidenses es del 17,4% para los nativos americanos, el 15,1% para los afroamericanos, el 13,5% para los latinos, el 12,3% para los blancos no latinos y el 7,2%. para asiáticos e isleños del Pacífico.

Desarrollo y evolución La intoxicación suele

ocurrir como un episodio que se desarrolla durante minutos u horas y que normalmente dura varias horas. En Estados Unidos, la edad promedio en la primera intoxicación es de aproximadamente 15 años, con la prevalencia más alta entre los 18 y 25 años aproximadamente. La frecuencia y la intensidad suelen disminuir a medida que avanza la edad. Cuanto más temprano sea el inicio de la intoxicación regular, mayor será la probabilidad de que el individuo desarrolle un trastorno por consumo de alcohol.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental.

Los episodios de intoxicación por alcohol aumentan con características de personalidad de búsqueda de sensaciones e impulsividad.

Ambiental.

Los episodios de intoxicación por alcohol aumentan cuando se tienen compañeros que beben mucho, se cree que el consumo excesivo de alcohol es un componente importante de la diversión y se consume alcohol para afrontar el estrés.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura Las

cuestiones principales son paralelas a las diferencias culturales con respecto al consumo de alcohol en general. Por ejemplo, algunas fraternidades y hermandades universitarias fomentan la intoxicación por alcohol. Esta condición también es frecuente en determinadas fechas de importancia cultural (p. ej., Nochevieja) y, para algunos subgrupos, durante eventos específicos (p. ej., velorios después de funerales). Otros subgrupos fomentan el consumo de alcohol en celebraciones religiosas (p. ej., festividades judías y católicas), mientras que otros desaconsejan enérgicamente todo consumo de alcohol o intoxicación (p. ej., algunos grupos religiosos, como los mormones, los cristianos fundamentalistas y los musulmanes).

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el género Históricamente,

en muchas sociedades occidentales, la aceptación del consumo de alcohol y la embriaguez es más tolerada por los hombres, pero esas diferencias de género pueden ser mucho menos prominentes en los últimos años, especialmente durante la adolescencia y la edad adulta temprana. En general, las mujeres son menos tolerantes que los hombres a la misma cantidad de alcohol.

Marcadores de diagnóstico La

intoxicación generalmente se establece observando el comportamiento de un individuo y oliendo alcohol en el aliento. El grado de intoxicación aumenta con el nivel de alcohol en sangre o aliento de un individuo y con la ingestión de otras sustancias, especialmente aquellas con efectos sedantes.

Machine Translated by Google

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Un estudio

colaborativo internacional en departamentos de emergencia de 17 países encontró que el consumo agudo de alcohol, independientemente del consumo crónico, aumenta el riesgo de intento de suicidio, y cada bebida aumenta el riesgo en un 30%. Para obtener más información, consulte “Asociación con pensamientos o conductas suicidas” en la sección Trastorno por consumo de alcohol.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por alcohol La intoxicación por

alcohol contribuyó a las más de 95.000 muertes y 2,8 millones de años de vida potencial perdidos cada año en los Estados Unidos entre 2011 y 2015, acortando el tiempo de vida.

vida de quienes murieron en un promedio de 30 años. Además, la intoxicación por esta droga contribuye a los enormes costos asociados con la conducción en estado de ebriedad y la pérdida de tiempo en la escuela o el trabajo, así como con las discusiones interpersonales y las peleas físicas.

Diagnóstico diferencial

Otras condiciones médicas. Varias afecciones médicas (p. ej., acidosis diabética) y neurológicas (p. ej., ataxia cerebelosa, esclerosis múltiple) pueden parecerse temporalmente a una intoxicación por alcohol.

Trastornos mentales inducidos por el alcohol. La intoxicación por alcohol se distingue de los trastornos mentales inducidos por el alcohol (p. ej., trastorno depresivo inducido por el alcohol, que comienza durante la intoxicación) porque los síntomas (p. ej., estado de ánimo deprimido) en estos últimos trastornos exceden los asociados habitualmente con la intoxicación por alcohol, predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica.

Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La intoxicación por fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos o por otras sustancias sedantes (p. ej., antihistamínicos, anticolinérgicos) puede confundirse con intoxicación por alcohol. El diferencial requiere observar el alcohol en el aliento, medir los niveles de alcohol en sangre o en el aliento, solicitar un examen médico y recopilar una buena historia clínica. Los signos y síntomas de la intoxicación por sedantes-hipnóticos son muy similares a los observados con el alcohol e incluyen cambios psicológicos o de comportamiento problemáticos similares.
Estos cambios van acompañados de evidencia de deterioro del funcionamiento y del juicio (que, si son intensos, pueden provocar un coma potencialmente mortal) y niveles de falta de coordinación que pueden interferir con la capacidad de conducir y con la realización de las actividades habituales. Sin embargo, no hay olor como ocurre con el alcohol, pero es probable que haya evidencia de uso indebido del fármaco depresor en los análisis toxicológicos de sangre u orina.

Comorbilidad La

intoxicación por alcohol puede ocurrir comorbilidadmente con la intoxicación por otras sustancias, especialmente en individuos con trastorno de conducta o trastorno de personalidad antisocial. Dada la típica superposición de la intoxicación por alcohol con el trastorno por consumo de alcohol, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de alcohol para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se presenten.

Machine Translated by Google

Abstinencia de alcohol

Criterios de diagnóstico

A. Cese (o reducción) del consumo de alcohol que haya sido intenso y prolongado.

B. Dos (o más) de los siguientes, que se desarrollan entre varias horas y algunos días después del cese (o reducción) del consumo de alcohol descrito en el Criterio A: 1.

Hiperactividad autónoma (p. ej., sudoración o frecuencia del pulso superior a 100 lpm).).

2. Aumento del temblor de las manos.

3. Insomnio.

4. Náuseas o vómitos.

5. Alucinaciones o ilusiones visuales, táctiles o auditivas transitorias.

6. Agitación psicomotora.

7. Ansiedad.

8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

C. Los signos o síntomas del Criterio B causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia.

Especifique

si: Con alteraciones de la percepción: este especificador se aplica en el raro caso de que se produzcan alucinaciones (normalmente visuales o táctiles) con una prueba de realidad intacta, o se produzcan ilusiones auditivas, visuales o táctiles en ausencia de delirio.

Nota de codificación: El código CIE-10-CM depende de si existe o no un trastorno comórbido por consumo de alcohol y de si existen o no alteraciones de la percepción.

Para la abstinencia de alcohol, sin alteraciones de la percepción: si un trastorno leve por consumo de alcohol es comórbido, el código CIE-10-CM es F10.130, y si un trastorno moderado o grave por consumo de alcohol es comórbido, el código CIE-10-CM es F10 .230. Si no existe un trastorno comórbido por consumo de alcohol, entonces el código ICD-10-CM es F10.930.

Para la abstinencia de alcohol, con alteraciones de la percepción: si un trastorno leve por consumo de alcohol es comórbido, el código CIE-10-CM es F10.132, y si un trastorno moderado o grave por consumo de alcohol es comórbido, el código CIE-10-CM es F10 .232. Si no existe un trastorno comórbido por consumo de alcohol, entonces el código ICD-10-CM es F10.932.

Especificadores

Machine Translated by Google

Cuando las alucinaciones ocurren en ausencia de delirio (es decir, en un sensorio claro), se debe considerar un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia de alcohol es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla entre varias horas y algunos días después del cese (o reducción) del consumo excesivo y prolongado de alcohol (Criterios A y B). El síndrome de abstinencia incluye dos o más de los síntomas que reflejan hiperactividad y ansiedad autonómica enumerados en el Criterio B, junto con síntomas gastrointestinales.

Los síntomas de abstinencia causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica y no deben explicarse mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada), incluida la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia (p. ej., abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) (Criterio D).

Los síntomas pueden aliviarse administrando alcohol o benzodiazepinas (p. ej., diazepam). Los síntomas de abstinencia generalmente comienzan cuando las concentraciones sanguíneas de alcohol disminuyen bruscamente (es decir, dentro de 4 a 12 horas) después de suspender o reducir el consumo de alcohol. Como reflejo del metabolismo relativamente rápido del alcohol, los síntomas de abstinencia de alcohol suelen alcanzar su máxima intensidad durante el segundo día de abstinencia y es probable que mejoren notablemente hacia el cuarto o quinto día. Sin embargo, después de la abstinencia aguda, los síntomas de ansiedad, insomnio y disfunción autonómica pueden persistir hasta por 3 a 6 meses en niveles más bajos de intensidad.

Menos del 10% de las personas que desarrollan abstinencia de alcohol alguna vez desarrollarán síntomas dramáticos (p. ej., hiperactividad autonómica grave, temblores, delirio por abstinencia de alcohol). Las convulsiones tónico-clónicas ocurren en menos del 3% de los individuos.

Funciones asociadas

Aunque la confusión y los cambios en la conciencia no son criterios básicos para la abstinencia de alcohol, el delirio por abstinencia de alcohol (ver “Delirio” en el capítulo “Trastornos neurocognitivos”) puede ocurrir en el contexto de la abstinencia. Como ocurre con cualquier estado de agitación y confusión, independientemente de la causa, además de una alteración de la conciencia y la cognición, el delirio de abstinencia puede incluir alucinaciones visuales, táctiles o (raramente) auditivas.

(Delirium tremens). Cuando se desarrolla delirio por abstinencia de alcohol, es probable que esté presente una afección médica clínicamente relevante (p. ej., insuficiencia hepática, neumonía, hemorragia gastrointestinal, secuelas de traumatismo craneoencefálico, hipoglucemia, desequilibrio electrolítico, estado posoperatorio).

Predominio

Se estima que aproximadamente el 50% de las personas altamente funcionales de clase media con trastorno por consumo de alcohol en los Estados Unidos han experimentado alguna vez un síndrome de abstinencia total de alcohol. Entre las personas con trastorno por consumo de alcohol que están hospitalizadas o sin hogar, la tasa de abstinencia de alcohol puede ser superior al 80%. Menos del 10% de los individuos en retiro

Machine Translated by Google

alguna vez ha demostrado delirio por abstinencia de alcohol o convulsiones por abstinencia. La prevalencia de los síntomas de abstinencia de alcohol no parece variar entre los grupos etnoraciales de Estados Unidos.

Desarrollo y evolución La abstinencia

aguda de alcohol ocurre como un episodio que generalmente dura de 4 a 5 días y sólo después de períodos prolongados de consumo excesivo de alcohol. La abstinencia es relativamente rara en personas menores de 30 años y el riesgo y la gravedad aumentan con la edad.

Factores de riesgo y pronóstico La abstinencia

de alcohol es más probable que ocurra con un consumo mayor de alcohol, y eso podría observarse con mayor frecuencia en personas con trastorno de conducta y trastorno de personalidad antisocial.
Los estados de abstinencia también son más graves en personas que también dependen de otras drogas depresoras (sedantes-hipnóticos) y en personas que han tenido más experiencias de abstinencia de alcohol en el pasado. Los predictores de abstinencia grave de alcohol incluyen delirio por abstinencia de alcohol, antecedentes de síndromes de abstinencia graves, niveles bajos de potasio en sangre, disminución del recuento de plaquetas e hipertensión sistólica.

Ambiental. La probabilidad de desarrollar abstinencia de alcohol aumenta con la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol. La mayoría de las personas con esta afección beben diariamente y consumen grandes cantidades (aproximadamente más de ocho bebidas por día) durante varios días.
Sin embargo, existen grandes diferencias interindividuales, con mayores riesgos para las personas con afecciones médicas concurrentes, aquellas con antecedentes familiares de abstinencia de alcohol (es decir, un componente genético), aquellas con abstinencias previas y las personas que consumen sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. drogas.

Marcadores de diagnóstico La

hiperactividad autónoma en el contexto de niveles de alcohol en sangre moderadamente altos pero en descenso y un historial de consumo excesivo y prolongado de alcohol indican una probabilidad de abstinencia de alcohol.

Consecuencias funcionales de la abstinencia de alcohol Los síntomas de la

abstinencia pueden servir para perpetuar las conductas de consumo de alcohol y contribuir a la recaída, lo que resulta en un deterioro persistente del funcionamiento social y ocupacional. Los síntomas que requieren una desintoxicación supervisada por un médico provocan la utilización del hospital y la pérdida de productividad laboral.
En general, la presencia de abstinencia se asocia con un mayor deterioro funcional y un mal pronóstico entre las personas con trastorno por consumo de alcohol.

Diagnóstico diferencial

Otras condiciones médicas. Los síntomas de la abstinencia de alcohol también pueden ser imitados por algunas afecciones médicas (p. ej., hipoglucemia y cetoacidosis diabética). Temblor esencial,

un trastorno que frecuentemente es hereditario, puede sugerir erróneamente el temblor asociado con la abstinencia de alcohol.

Machine Translated by Google

Trastornos mentales inducidos por el alcohol. La abstinencia de alcohol se distingue de los trastornos mentales inducidos por el alcohol (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por el alcohol, que comienza durante la abstinencia) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en estos últimos trastornos exceden los asociados habitualmente con la abstinencia de alcohol, predominan en el presentación clínica y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica.

Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos produce una Síndrome muy similar al de la abstinencia de alcohol.

Comorbilidad Dada la superposición típica de la abstinencia de alcohol con el trastorno por consumo de alcohol, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de alcohol para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se presenten.

Trastornos mentales inducidos por el alcohol

Los siguientes trastornos mentales inducidos por el alcohol se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (consulte los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por el alcohol (“Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”) ”); trastorno bipolar y relacionados inducidos por el alcohol (“Trastornos bipolares y relacionados”); trastorno depresivo inducido por alcohol (“Trastornos depresivos”); trastorno de ansiedad inducido por el alcohol (“Trastornos de ansiedad”); trastorno del sueño inducido por el alcohol (“trastornos del sueño-vigilia”); disfunción sexual inducida por el alcohol (“Disfunciones sexuales”); y trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por el alcohol (“Trastornos neurocognitivos”). Para el delirio por intoxicación alcohólica y el delirio por abstinencia de alcohol, consulte los criterios y la discusión sobre el delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". Estos trastornos mentales inducidos por el alcohol se diagnostican en lugar de la intoxicación por alcohol o la abstinencia de alcohol sólo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Diagnóstico y características asociadas Los perfiles de síntomas de una afección inducida por el alcohol se parecen a los correspondientes trastornos mentales independientes, tal como se describen en otras partes de este manual. Además, si bien los trastornos inducidos por el alcohol pueden tener las mismas consecuencias graves que los trastornos mentales independientes (por ejemplo, intentos de suicidio), es probable que mejoren sin tratamiento formal en cuestión de días o semanas después del cese de la intoxicación grave y/o la abstinencia.

Cada trastorno mental inducido por el alcohol se enumera en la sección de diagnóstico correspondiente y, por lo tanto, aquí sólo se ofrece una breve descripción. Estos trastornos mentales inducidos por el alcohol deben haberse desarrollado en el contexto de una intoxicación alcohólica grave y/o abstinencia de alcohol.

Dado que la presentación de un trastorno mental inducido por el alcohol se asemeja sintomáticamente a la presentación de trastornos mentales independientes de la misma clase diagnóstica, deben diferenciarse en función de la relación temporal entre el consumo de alcohol y los síntomas psiquiátricos. Es probable que las personas con trastornos mentales inducidos por el alcohol también demuestren las características asociadas que se observan con un trastorno por consumo de alcohol, como se enumera en esa subsección.

Debe haber evidencia de que no es probable que el trastorno observado se explique mejor.

Machine Translated by Google

por un trastorno mental independiente. Es probable que esto último ocurra si el

El trastorno estaba presente antes de la intoxicación grave o la abstinencia, o continuó durante más de 1 mes después del cese de la intoxicación grave o la abstinencia. Cuando los síntomas se observan sólo durante un delirio, deben considerarse parte del delirio y no diagnosticarse por separado, ya que muchos síntomas (incluidos trastornos del estado de ánimo, ansiedad y pruebas de la realidad) se observan comúnmente durante estados de agitación y confusión. El trastorno mental inducido por el alcohol debe ser clínicamente relevante y causar malestar significativo o deterioro funcional significativo. Por último, hay indicios de que la ingesta de sustancias de abuso en el contexto de un trastorno mental preexistente probablemente dé lugar a una intensificación del síndrome de independencia preexistente.

Las tasas de trastornos mentales inducidos por el alcohol varían algo según la categoría de diagnóstico. Por ejemplo, el riesgo a lo largo de la vida de sufrir episodios depresivos mayores en personas con trastorno por consumo de alcohol es aproximadamente del 40%, pero sólo entre un tercio y la mitad de ellos representan síndromes depresivos mayores independientes observados fuera del contexto de la intoxicación. Es probable que se produzcan tasas similares de trastornos del sueño y de ansiedad inducidos por el alcohol, pero se estima que los episodios psicóticos inducidos por el alcohol se observan en menos del 5% de las personas con trastorno por consumo de alcohol.

Desarrollo y curso

Una vez presentes, los síntomas de un trastorno mental inducido por el alcohol probablemente sigan siendo clínicamente relevantes mientras el individuo continúe experimentando una intoxicación grave o abstinencia.
Si bien los síntomas pueden ser idénticos a los de los trastornos mentales independientes (p. ej., psicosis, trastorno depresivo mayor) y aunque pueden tener las mismas consecuencias graves (p. ej., intentos de suicidio), todos los trastornos mentales inducidos por el alcohol distintos de los neurocognitivos inducidos por el alcohol El trastorno amnésico de tipo confabulatorio (trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol), independientemente de la gravedad de los síntomas, es probable que mejore con relativa rapidez y es poco probable que siga siendo clínicamente relevante durante más de 1 mes después del cese de la intoxicación grave y/o la abstinencia.

Los trastornos mentales inducidos por el alcohol son una parte importante del diagnóstico diferencial de las enfermedades mentales independientes. Es probable que la esquizofrenia independiente, el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar y los trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico, se asocien con períodos de síntomas mucho más duraderos y, a menudo, requieran medicamentos a más largo plazo para optimizar la probabilidad de mejora o recuperación. Por otro lado, es probable que los trastornos mentales inducidos por el alcohol tengan una duración mucho más corta y desaparezcan entre varios días y un mes después del cese de la intoxicación grave y/o la abstinencia, incluso sin medicamentos psicotrópicos.

La importancia de reconocer un trastorno mental inducido por el alcohol es similar a la relevancia de identificar el posible papel de algunas condiciones endocrinas y reacciones a los medicamentos antes de diagnosticar un trastorno mental independiente. A la luz de la alta prevalencia de trastornos por consumo de alcohol en todo el mundo, es importante que estos diagnósticos inducidos por el alcohol se consideren antes de diagnosticar trastornos mentales independientes.

Machine Translated by Google

F10.99

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el alcohol que causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno relacionado con el alcohol específico o cualquier de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adicciones.

Trastornos relacionados con la cafeína

Intoxicación por cafeína

Abstinencia de cafeína

Trastornos mentales inducidos por la cafeína

Trastorno no especificado relacionado con la cafeína

Intoxicación por cafeína

Criterios de diagnóstico F15.920

A. Consumo reciente de cafeína (normalmente una dosis alta, muy superior a 250 mg).

B. Cinco (o más) de los siguientes signos o síntomas que se desarrollan durante o poco después del consumo de cafeína:

1. Inquietud.
2. Nerviosismo.
3. Emoción.
4. Insomnio.
5. Cara sonrojada.
6. Diuresis.
7. Alteraciones gastrointestinales.
8. Contracciones musculares.
9. Flujo divagante de pensamiento y habla.
10. Taquicardia o arritmia cardíaca.
11. Períodos de inagotabilidad.
12. Agitación psicomotora.

Machine Translated by Google

C. Los signos o síntomas del Criterio B causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación por otra sustancia.

Características de diagnóstico

La cafeína se puede consumir de varias fuentes diferentes, incluyendo café, té, refrescos con cafeína, bebidas "energéticas", analgésicos y remedios para el resfriado de venta libre, ayudas para bajar de peso y chocolate. La cafeína también se utiliza cada vez más como aditivo de vitaminas y productos alimenticios. Más del 85% de los niños y adultos en los Estados Unidos consumen cafeína. Algunos consumidores de cafeína muestran síntomas consistentes con el uso problemático, incluyendo tolerancia y abstinencia (consulte "Abstinencia de cafeína" más adelante en este capítulo); Los datos no están disponibles en este momento para determinar la importancia clínica de un trastorno por consumo de cafeína y su prevalencia. Por el contrario, hay pruebas de que la abstinencia y la intoxicación por cafeína son clínicamente significativas y suficientemente prevalentes.

La característica esencial de la intoxicación por cafeína es el consumo reciente de cafeína y cinco o más signos o síntomas que se desarrollan durante o poco después del consumo de cafeína (Criterios A y B). Los síntomas incluyen inquietud, nerviosismo, excitación, insomnio, enrojecimiento de la cara, diuresis y molestias gastrointestinales, que pueden ocurrir con dosis bajas (p. ej., 200 mg) en

personas vulnerables como niños, ancianos o personas que no han estado expuestas a la cafeína anteriormente. Los síntomas que generalmente aparecen en niveles superiores a 1 g/día incluyen espasmos musculares, flujo irregular del pensamiento y del habla, taquicardia o arritmia cardíaca, períodos de inagotabilidad y agitación psicomotora. Es posible que la intoxicación por cafeína no ocurra a pesar de una ingesta elevada de cafeína debido al desarrollo de tolerancia. Los signos o síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los signos o síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica y no deben explicarse mejor por otro trastorno mental (p. ej., un trastorno de ansiedad) o intoxicación por otra sustancia (Criterio D).

Funciones asociadas

Pueden producirse alteraciones sensoriales leves (p. ej., zumbidos en los oídos y destellos de luz) con dosis altas de cafeína. Aunque grandes dosis de cafeína pueden aumentar la frecuencia cardíaca, las dosis dietéticas típicas pueden disminuir la frecuencia cardíaca. No está claro si el consumo excesivo de cafeína puede causar dolores de cabeza. En el examen físico se puede observar agitación, inquietud, sudoración, taquicardia, enrojecimiento de la cara y aumento de la motilidad intestinal. Los niveles de cafeína en la sangre pueden proporcionar información importante para el diagnóstico, particularmente cuando el individuo es un mal historiador, aunque estos niveles no son diagnósticos por sí solos en vista de la variación individual en respuesta a la cafeína.

Predominio

Machine Translated by Google

La prevalencia de la intoxicación por cafeína en la población general no está clara. En los Estados Unidos, aproximadamente el 7% de las personas de la población pueden experimentar cinco o más síntomas junto con un deterioro funcional compatible con un diagnóstico de intoxicación por cafeína.

El consumo de bebidas energéticas con cafeína, a menudo junto con alcohol, lo que provoca intoxicación por cafeína, ha aumentado entre adolescentes y adultos jóvenes en países de altos ingresos, lo que ha provocado que entre 2007 y 2011 se duplicaran las visitas a los departamentos de urgencias de Estados Unidos relacionadas con bebidas energéticas con cafeína.

Desarrollo y evolución De acuerdo con una vida media de la cafeína de aproximadamente 4 a 6 horas, los síntomas de intoxicación por cafeína generalmente remiten aproximadamente dentro del primer día y no tienen consecuencias conocidas a largo plazo. Sin embargo, las personas que consumen dosis muy altas de cafeína (es decir, 5 a 10 g) pueden necesitar atención médica inmediata, ya que dichas dosis pueden ser letales.

A medida que avanza la edad, es probable que las personas demuestren reacciones cada vez más intensas a la cafeína, con mayores quejas de interferencia con el sueño o sentimientos de hiperexcitación. Se ha observado intoxicación por cafeína entre jóvenes después del consumo de productos con alto contenido de cafeína, incluidas bebidas energéticas. Los niños y adolescentes pueden tener un mayor riesgo de intoxicación por cafeína debido al bajo peso corporal, la falta de tolerancia y la falta de conocimiento sobre los efectos farmacológicos de la cafeína.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La intoxicación por cafeína se observa a menudo entre personas que consumen cafeína con menos frecuencia o en aquellos que recientemente han aumentado su consumo de cafeína en una cantidad sustancial.
Además, los anticonceptivos orales disminuyen significativamente la eliminación de cafeína y, en consecuencia, pueden aumentar el riesgo de intoxicación.

Genético y fisiológico. Los factores genéticos pueden afectar el riesgo de intoxicación por cafeína.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por cafeína El deterioro causado por la intoxicación por cafeína puede tener consecuencias graves, incluida disfunción en el trabajo o la escuela, indiscreciones sociales o incumplimiento de las obligaciones laborales. Además, dosis extremadamente altas de cafeína pueden ser fatales. En algunos casos, la intoxicación por cafeína puede precipitar un trastorno inducido por la cafeína.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales independientes. La intoxicación por cafeína puede caracterizarse por síntomas (p. ej., ataques de pánico) que se asemejan a trastornos mentales independientes. Para cumplir con los criterios de intoxicación por cafeína, los síntomas no deben estar asociados con otra afección médica u otro trastorno mental, como un trastorno de ansiedad, que pueda explicarlos mejor. Episodios maníacos; trastorno de pánico; trastorno de ansiedad generalizada; intoxicación por anfetaminas; abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos o abstinencia de tabaco; trastornos del sueño; y los efectos secundarios inducidos por medicamentos (p. ej., acatisia) pueden causar un cuadro clínico similar al de la intoxicación por cafeína.

Machine Translated by Google

Trastornos mentales inducidos por la cafeína. La relación temporal de los síntomas con el aumento del consumo de cafeína o con la abstinencia de cafeína ayuda a establecer el diagnóstico. La intoxicación por cafeína se diferencia del trastorno de ansiedad inducido por cafeína, que comienza durante la intoxicación (ver “Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicamentos” en el capítulo “Trastornos de ansiedad”), y del trastorno del sueño inducido por cafeína, que comienza durante la intoxicación (ver /Trastorno del sueño inducido por medicamentos” en el capítulo “Trastornos del sueño-vigilia”), debido a que los síntomas (p. ej., ansiedad e insomnio, respectivamente) en estos últimos trastornos exceden los asociados habitualmente con la intoxicación por cafeína, predominan en la presentación clínica. y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica independiente.

Comorbilidad Las

dosis dietéticas típicas de cafeína no se han asociado consistentemente con problemas médicos.
Sin embargo, el uso intenso (p. ej., > 400 mg) puede causar o exacerbar ansiedad y síntomas somáticos y malestar gastrointestinal. Con dosis agudas y extremadamente altas de cafeína, las convulsiones de gran mal y la insuficiencia respiratoria pueden provocar la muerte. El consumo excesivo de cafeína se asocia con trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos alimentarios, trastornos psicóticos, trastornos del sueño y trastornos relacionados con sustancias, mientras que las personas con trastornos de ansiedad tienen más probabilidades de evitar la cafeína.

Abstinencia de cafeína

Criterios de diagnóstico F15.93

A. Uso diario prolongado de cafeína.

B. Cese abrupto o reducción del consumo de cafeína, seguido dentro de las 24 horas de tres (o más) de los siguientes signos o síntomas:

1. Dolor de cabeza.
2. Cansancio o somnolencia marcada.
3. Estado de ánimo disfórico, estado de ánimo deprimido o irritabilidad.
4. Dificultad para concentrarse.
5. Síntomas parecidos a los de la gripe (náuseas, vómitos o dolor/rigidez muscular).

C. Los signos o síntomas del Criterio B causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no están asociados con los efectos fisiológicos de otra afección médica (por ejemplo, migraña, enfermedad viral) y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia.

Machine Translated by Google

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia de cafeína es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después del cese abrupto (o reducción sustancial) de la ingestión diaria prolongada de cafeína (Criterio B). Debido a que las personas pueden desconocer la amplia gama de fuentes de cafeína más allá del café, las colas y las bebidas energéticas (p. ej., analgésicos y remedios para el resfriado de venta libre, ayudas para bajar de peso, chocolate), es posible que no relacionen la ingestión de estas sustancias con Síntomas de abstinencia de cafeína. El síndrome de abstinencia de cafeína está indicado por tres o más de los siguientes (Criterio B): dolor de cabeza; marcada fatiga o somnolencia; estado de ánimo disfórico, estado de ánimo deprimido o irritabilidad; dificultad para concentrarse; y síntomas similares a los de la gripe (náuseas, vómitos o dolor/rigidez muscular). El síndrome de abstinencia causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no deben estar asociados con los efectos fisiológicos de otra afección médica y no deben explicarse mejor por otro trastorno mental (Crite

El dolor de cabeza es la característica distintiva de la abstinencia de cafeína y puede ser difuso, de desarrollo gradual, pulsátil, intenso y sensible al movimiento. Sin embargo, pueden ocurrir otros síntomas de abstinencia de cafeína en ausencia de dolor de cabeza. La cafeína es la droga conductualmente activa más utilizada en el mundo y está presente en muchos tipos diferentes de bebidas (p. ej., café, té, mate, refrescos, bebidas energéticas), alimentos, ayudas energéticas, medicamentos y suplementos dietéticos. Debido a que la ingesta de cafeína a menudo está integrada en las costumbres sociales y los rituales diarios (p. ej., la pausa para el café, la hora del té), es posible que algunos consumidores de cafeína no sean conscientes de su dependencia física de la cafeína. Por lo tanto, los síntomas de abstinencia de cafeína podrían ser inesperados y atribuirse erróneamente a otras causas (p. ej., gripe, migraña). Además, los síntomas de abstinencia de cafeína pueden ocurrir cuando se requiere que las personas se abstengan de alimentos y bebidas antes de procedimientos médicos o cuando se omite una dosis habitual de cafeína debido a un cambio en la rutina (p. ej., durante viajes, fines de semana).

La probabilidad y la gravedad de la abstinencia de cafeína generalmente aumentan en función de la dosis diaria habitual de cafeína. Sin embargo, existe una gran variabilidad entre los individuos y dentro de cada individuo a través de diferentes episodios en la incidencia, gravedad y evolución temporal de los síntomas de abstinencia.
Los síntomas de abstinencia de cafeína pueden ocurrir después del cese abrupto de dosis diarias crónicas relativamente bajas de cafeína (es decir, 100 mg).

Funciones asociadas

Se ha demostrado que la abstinencia de cafeína está asociada con un deterioro del rendimiento cognitivo y conductual (p. ej., atención sostenida), así como con un mayor tiempo total de sueño, eficiencia del sueño y sueño de ondas lentas. Los estudios electroencefalográficos han demostrado que los síntomas de abstinencia de cafeína se asocian significativamente con aumentos en el poder theta y disminuciones en el poder beta-2. También se ha informado de una disminución de la motivación para trabajar y de la sociabilidad durante la abstinencia de cafeína. Se ha documentado un mayor uso de analgésicos durante la abstinencia de cafeína.

Predominio

Más del 85% de los adultos y niños en los Estados Unidos consumen cafeína regularmente, y los consumidores adultos de cafeína ingieren alrededor de 280 mg/día en promedio. La incidencia y prevalencia de la

Machine Translated by Google

El síndrome de abstinencia de cafeína en la población general no está claro. En los Estados Unidos, el dolor de cabeza puede ocurrir en aproximadamente el 50% de los casos de abstinencia de cafeína.

En un intento por dejar permanentemente el consumo de cafeína, más del 70% de las personas en un condado metropolitano de EE. UU. informaron al menos un síntoma de abstinencia de cafeína (el 47% experimentó dolor de cabeza), y el 24% experimentó dolor de cabeza más uno o más síntomas más, así como deterioro funcional debido al retiro. Entre las personas que se abstuvieron de consumir cafeína durante al menos 24 horas pero que no intentaron dejar de consumirla permanentemente, el 11% experimentó dolor de cabeza más uno o más síntomas más, así como deterioro funcional. Los consumidores de cafeína pueden disminuir la incidencia de abstinencia de cafeína consumiendo cafeína a diario o sólo con poca frecuencia (p. ej., no más de 2 días consecutivos). La reducción gradual de la cafeína durante un período de días o semanas puede disminuir la incidencia y la gravedad de la abstinencia de cafeína.

Desarrollo y evolución

Los síntomas suelen comenzar entre 12 y 24 horas después de la última dosis de cafeína y alcanzan su punto máximo después de 1 a 2 días de abstinencia. Los síntomas de abstinencia de cafeína duran de 2 a 9 días, con la posibilidad de que se produzcan dolores de cabeza por abstinencia hasta por 21 días. Los síntomas suelen remitir rápidamente (entre 30 y 60 minutos) después de volver a ingerir cafeína. Dosis de cafeína significativamente menores que la dosis diaria habitual del individuo pueden ser suficientes para prevenir o atenuar los síntomas de abstinencia de cafeína (p. ej., consumo de 25 mg por parte de un individuo que normalmente consume 300 mg).

La cafeína es única porque es una droga conductualmente activa que consumen personas de casi todas las edades, y las tasas de consumo de cafeína y el nivel general de consumo de cafeína aumentan con la edad. Aunque se ha documentado la abstinencia de cafeína entre niños y adolescentes, se sabe relativamente poco sobre los factores de riesgo de la abstinencia de cafeína en este grupo de edad. El consumo de bebidas energéticas con alto contenido de cafeína está aumentando entre los jóvenes, lo que podría aumentar el riesgo de abstinencia de cafeína.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Se ha observado un consumo excesivo de cafeína entre personas con trastornos mentales, incluidos trastornos alimentarios y trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias, así como entre personas que fuman cigarrillos y aquellos que están encarcelados. Por lo tanto, estos individuos podrían tener un mayor riesgo de abstinencia de cafeína tras una abstinencia aguda de cafeína.

Ambiental. La falta de disponibilidad de cafeína es un factor de riesgo ambiental para síntomas de abstinencia incipientes. Si bien la cafeína es legal y generalmente está ampliamente disponible, existen condiciones en las que su uso puede restringirse, como durante procedimientos médicos, embarazos, hospitalizaciones, prácticas religiosas, tiempos de guerra, viajes y participación en investigaciones. Estas circunstancias ambientales externas pueden precipitar un síndrome de abstinencia en individuos vulnerables.

Genético y fisiológico. Los factores genéticos parecen aumentar la vulnerabilidad a la abstinencia de cafeína, pero no se han identificado genes específicos.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Machine Translated by Google

Los consumidores habituales de cafeína que ayunan por motivos religiosos pueden tener un mayor riesgo de sufrir abstinencia de cafeína.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

El metabolismo de la cafeína es más lento en las mujeres que usan anticonceptivos orales y en la fase lútea del ciclo menstrual, y el metabolismo de la cafeína se vuelve progresivamente más lento en el segundo y tercer trimestre del embarazo en comparación con el primer trimestre y el segundo. estado de no embarazo. Estas características reducen la tasa de eliminación y pueden disminuir la abstinencia, aunque también pueden prolongar la duración de los síntomas adversos asociados a la cafeína. Es poco probable que dosis < 300 mg/día se asocien con resultados reproductivos adversos durante el embarazo.

Consecuencias funcionales de la abstinencia de cafeína

Los síntomas de abstinencia de cafeína pueden variar de leves a extremos, causando en ocasiones un deterioro funcional en las actividades diarias normales. Las tasas de deterioro funcional en estudios realizados principalmente en los Estados Unidos oscilan entre el 10% y el 55% (mediana 13%), y se encuentran tasas de hasta el 73% entre personas que también muestran otras características problemáticas del consumo de cafeína. Ejemplos de deterioro funcional incluyen la incapacidad de trabajar, hacer ejercicio o cuidar a los niños; quedarse en cama todo el día; faltar a servicios religiosos; terminar unas vacaciones antes de tiempo; y cancelar una reunión social.
Los dolores de cabeza por abstinencia de cafeína pueden ser descritos por las personas como "los peores dolores de cabeza" jamás experimentados. También se han observado disminuciones en el rendimiento cognitivo y motor.

Diagnóstico diferencial

Otras condiciones médicas y efectos secundarios de los medicamentos. La abstinencia de cafeína puede simular una migraña y otros trastornos de dolor de cabeza, enfermedades virales, afecciones de los senos nasales, tensión, otros estados de abstinencia de drogas (p. ej., anfetaminas, cocaína) y efectos secundarios de los medicamentos. La determinación final de la abstinencia de cafeína debe basarse en la determinación del patrón y la cantidad consumida, el intervalo de tiempo entre la abstinencia de cafeína y la aparición de los síntomas y las características clínicas particulares que presenta el individuo. Se puede utilizar una dosis de provocación de cafeína seguida de una remisión de los síntomas para confirmar el diagnóstico.

Trastorno del sueño inducido por la cafeína. La abstinencia de cafeína se distingue del trastorno del sueño inducido por la cafeína (p. ej., trastorno del sueño inducido por la cafeína, tipo insomnio, que comienza durante la abstinencia) porque los síntomas del sueño exceden los asociados habitualmente con la abstinencia de cafeína, predominan en la presentación clínica y son graves. suficiente para justificar atención clínica.

Comorbilidad

La abstinencia de cafeína puede estar asociada con trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de personalidad antisocial, trastorno por consumo de alcohol de moderado a grave y consumo de cannabis y cocaína.

Trastornos mentales inducidos por la cafeína

Machine Translated by Google

Los siguientes trastornos mentales inducidos por la cafeína se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (consulte los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno de ansiedad inducido por la cafeína (“trastornos de ansiedad”) y trastorno de ansiedad inducido por la cafeína (“trastornos de ansiedad”) -trastorno del sueño inducido (“trastornos del sueño-vigilia”). Estos trastornos mentales inducidos por la cafeína se diagnostican en lugar de la intoxicación por cafeína o la abstinencia de cafeína sólo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Trastorno no especificado relacionado con la cafeína

F15.99

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con la cafeína que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno específico relacionado con la cafeína o cualquier de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adicciones.

Trastornos relacionados con el cannabis

Trastorno por consumo de cannabis

Intoxicación por cannabis

Abstinencia de cannabis

Trastornos mentales inducidos por el cannabis

Trastorno no especificado relacionado con el cannabis

Trastorno por consumo de cannabis

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón problemático de consumo de cannabis que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos dos de los siguientes síntomas, que ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. El cannabis a menudo

se consume en cantidades mayores o durante un período más largo que lo habitual. destinado.

2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos por reducir o controlar consumo de cannabis.

Machine Translated by Google

3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a actividades necesarias para obtener cannabis, consumir cannabis o recuperarse de sus efectos.
4. Ansia, o fuerte deseo o necesidad de consumir cannabis.
5. Consumo recurrente de cannabis que resulta en el incumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuo de cannabis a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del cannabis.
7. Se abandonan o reducen importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de cannabis.
8. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que resulte físicamente peligroso.
9. Se continúa consumiendo cannabis a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por el cannabis.
10. Tolerancia, según lo definido por cualquiera de los siguientes:
    a. Una necesidad de cantidades notablemente mayores de cannabis para lograr intoxicación o efecto deseado.
    b. Efecto notablemente disminuido con el uso continuo de la misma cantidad de canabis.
11. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes: a. El síndrome de abstinencia característico del cannabis (consulte los Criterios A y B de los criterios establecidos para la abstinencia de cannabis). b. El cannabis (o una sustancia estrechamente relacionada) se toma para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especifique

si: En remisión temprana: Después de que se cumplieron todos los criterios para el trastorno por consumo de cannabis, no se ha cumplido ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de cannabis durante al menos 3 meses, pero

durante menos de 12 meses (con la excepción de que se pueda cumplir el Criterio A4, “Ansia o fuerte deseo o impulso de consumir cannabis”).

En remisión sostenida: Después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de cannabis, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de cannabis se ha cumplido en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción del Criterio A4, “Ansia o deseo de consumir cannabis”). fuerte deseo o necesidad de consumir cannabis”, puede estar presente).

Especifique

si: En un entorno controlado: este especificador adicional se utiliza si el individuo se encuentra en un entorno donde el acceso al cannabis está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si también hay intoxicación por cannabis, abstinencia de cannabis u otro trastorno mental inducido por cannabis, no lo use.

Machine Translated by Google

los códigos siguientes para el trastorno por consumo de cannabis. En cambio, el trastorno comórbido por consumo de cannabis se indica en el cuarto carácter del código de trastorno inducido por cannabis (consulte la nota de codificación para intoxicación por cannabis, abstinencia de cannabis o un trastorno mental específico inducido por cannabis). Por ejemplo, si existe un trastorno de ansiedad comórbido inducido por cannabis y un trastorno por consumo de cannabis, solo se proporciona el código del trastorno de ansiedad inducido por cannabis, y el cuarto carácter indica si el trastorno comórbido por consumo de cannabis es leve, moderado o grave: F12.180 para un trastorno leve por consumo de cannabis con trastorno de ansiedad inducido por cannabis o F12.280 para un trastorno moderado o grave por consumo de cannabis con trastorno de ansiedad inducido por cannabis.

Especifique la gravedad/remisión actual:

F12.10 Leve: Presencia de 2 a 3 síntomas.

F12.11 Leve, en remisión temprana F12.11

Leve, en remisión sostenida F12.20 Moderado:

Presencia de 4 a 5 síntomas.

F12.21 Moderado, en remisión temprana F12.21

Moderado, en remisión sostenida F12.20 Grave:

Presencia de 6 o más síntomas.

F12.21 Grave, en remisión temprana F12.21

Grave, en remisión sostenida

Los especificadores "En un ambiente controlado" se aplican como un especificador adicional de remisión si el individuo se encuentra tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado). Ejemplos de estos entornos son las cárceles libres de sustancias y estrechamente supervisadas, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave.

Los cambios en la gravedad a lo largo del tiempo en un individuo también pueden reflejarse en cambios en la frecuencia (p. ej., días de consumo por mes o veces consumidas por día) y/o dosis (p. ej., cantidad consumida por episodio) de cannabis, según lo evaluado por el propio individuo. -informe, informe de otras personas conocedoras, observaciones del médico y pruebas biológicas.

Características diagnósticas El trastorno por consumo de cannabis incluye problemas asociados con el uso de sustancias derivadas de la planta de cannabis y compuestos sintéticos químicamente similares. En estas sustancias, el principal componente con efectos psicoactivos (y, por tanto, potencial de adicción) es el cannabinoide delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC o THC). Los cannabinoides tienen diversos efectos en el cerebro, entre los que destacan las acciones sobre los receptores cannabinoides CB1 y CB2 que se encuentran en todo el sistema nervioso central.

El cannabis se utiliza de muchas formas. Se fuma más comúnmente en forma similar a un cigarrillo (a menudo

Machine Translated by Google

llamados “porros” o “reefers”), y también en pipas, pipas de agua (bongs o narguiles) o puros ahuecados (“blunts”). Los métodos desarrollados más recientemente incluyen “vaping” (vaporizar) calentando sin combustión material de la planta de cannabis para liberar componentes psicoactivos para la inhalación, y “dabbing”, en el que un producto concentrado de cannabis (aceite de hachís de butano, conocido como “dabs”), creado a través de La extracción de THC con butano del material vegetal de cannabis se calienta y se inhala.

El vapeo y el dabbing están ganando popularidad, especialmente entre los jóvenes. El cannabis también puede ingerirse por vía oral en alimentos (comestibles) o bebidas. La inhalación suele producir una aparición de efectos más rápida e intensa que la administración oral. También se utiliza hachís o aceite de hachís, una extracción concentrada de la planta de cannabis. Entre los productos, la potencia del cannabis (concentración de THC) varía mucho, con un promedio del 10 % al 15 % en el material vegetal típico de cannabis, del 30 % al 40 % en el hachís y del 50 % al 55 % en el aceite de hachís. Durante las últimas dos décadas, la potencia de la planta de cannabis ilegal incautada ha aumentado constantemente, y los productos de cannabis legales pueden tener una potencia de THC aún mayor (por ejemplo, 20% para el material vegetal y 68% para los extractos de cannabis). También se encuentran disponibles formulaciones orales sintéticas de THC (píldoras/cápsulas/aerosoles) para diversos usos médicos (p. ej., dolor crónico; náuseas y vómitos causados por quimioterapia o anorexia; pérdida de peso entre personas con SIDA). Otros compuestos cannabinoides sintéticos totalmente ilícitos (por ejemplo, K2, Spice, JWH-018, JWH-073) se encuentran en forma de material vegetal rociado con una formulación de cannabinoides. Aunque estos cannabinoides sintéticos están diseñados para imitar los efectos del cannabis, su composición química, potencia, efectos y duración de la acción son impredecibles y pueden causar efectos adversos más graves que los productos de la planta de cannabis, incluidas convulsiones, afecciones cardíacas, psicosis e incluso la muerte. .

En los Estados Unidos, el cannabis sigue siendo una sustancia ilegal según la ley federal, mientras que el estatus legal del cannabis varía según el estado. Por lo tanto, el consumo de cannabis según la ley estatal puede implicar un producto ilícito, un producto autorizado para fines médicos o un producto completamente legal. El propósito médico más común del consumo de cannabis es el dolor crónico, y las condiciones aprobadas para el consumo de cannabis medicinal varían de un estado a otro. Cuando se toma cannabis o un cannabinoide según lo indicado para una afección médica, pueden producirse tolerancia y abstinencia (dependencia fisiológica), pero no deben ser la base principal para diagnosticar el trastorno por consumo de cannabis. Se sigue debatiendo la eficacia del cannabis para diferentes afecciones médicas, y el consumo de cannabis según las recomendaciones médicas debe tenerse en cuenta cuando se considera el diagnóstico de un trastorno por consumo de cannabis.

Los patrones de consumo de cannabis pueden variar desde un consumo ligero y poco frecuente hasta un consumo intenso y frecuente. Las personas con trastorno por consumo de cannabis según el DSM-5 consumen cannabis con frecuencia (en promedio, 4 o más días a la semana), y algunas personas pueden consumir cannabis durante todo el día durante un período de meses o años. Debido a la percepción cada vez más común de que el consumo de cannabis es inofensivo, es posible que las personas no reconozcan que los síntomas del trastorno por consumo de cannabis (p. ej., síntomas de abstinencia) están relacionados con el cannabis. Además, entre las personas con múltiples trastornos por consumo de sustancias, la falta de claridad sobre si los síntomas son causados por el cannabis o por otras sustancias puede llevar a que no se informen los síntomas del trastorno por consumo de cannabis.

El trastorno por consumo de cannabis se define mediante los mismos 11 criterios que definen los demás trastornos por consumo de sustancias, como lo respalda una considerable evidencia empírica. Estos criterios, un conjunto de síntomas físicos y conductuales, conducen a un deterioro o malestar clínicamente significativo y pueden incluir abstinencia, tolerancia, ansia, pasar mucho tiempo en actividades relacionadas con la sustancia y uso peligroso (p. ej., conducir bajo los efectos del alcohol). influencia). Algunas personas que consumen cannabis varias veces al día no perciben que pasan demasiado tiempo bajo la influencia del cannabis ni se recuperan de sus efectos, a pesar de estar intoxicados por el cannabis o de bajar de sus efectos la mayor parte del tiempo, la mayoría de los días. Un marcador importante de una enfermedad grave.

Machine Translated by Google

El trastorno por consumo de cannabis es el consumo continuo a pesar de los efectos negativos en otras actividades o relaciones importantes (p. ej., escuela, trabajo, deportes, relación de pareja o con los padres).

Los consumidores habituales de cannabis se vuelven tolerantes a muchos efectos agudos del cannabis, y el cese del consumo habitual de cannabis suele provocar un síndrome de abstinencia. La abstinencia de cannabis puede causar un malestar significativo, lo que lleva a un uso continuo para aliviar los síntomas y a dificultades para dejar de consumir o recaer.

Funciones asociadas

Las personas que consumen cannabis con regularidad a menudo informan que lo utilizan para afrontar el estado de ánimo, el insomnio, la ira, el dolor u otros problemas fisiológicos o psicológicos, y las personas diagnosticadas con un trastorno por consumo de cannabis suelen tener otros trastornos mentales concurrentes. Una evaluación cuidadosa puede revelar que el consumo de cannabis contribuye a la exacerbación de estos síntomas, así como otras razones para el consumo frecuente (p. ej., los motivos de afrontamiento enumerados anteriormente; experimentar euforia; como una actividad social agradable). La ingesta crónica de cannabis puede producir una falta de motivación que se asemeja a un trastorno depresivo persistente.

Debido a que algunas personas pueden subestimar la cantidad o frecuencia de su consumo de cannabis, el conocimiento de los proveedores sobre los signos y síntomas comunes del consumo y la intoxicación de cannabis facilita una mejor evaluación del trastorno por consumo de cannabis. Algunos signos adicionales de consumo agudo y crónico son ojos rojos (inyección conjuntival), olor a cannabis en la ropa, coloración amarillenta de las yemas de los dedos (por fumar porros), tos crónica, quema de incienso (para ocultar el olor) y ansia e impulso exagerados por sustancias específicas. alimentos, a veces en momentos extraños del día o de la noche.

Predominio

Los cannabinoides, especialmente el cannabis, son las sustancias psicoactivas ilícitas más consumidas en los Estados Unidos. Los siguientes datos de prevalencia se han extraído de estudios realizados en EE. UU., a menos que se indique lo contrario. Entre los jóvenes (de 12 a 17 años), la prevalencia del trastorno por consumo de cannabis según el DSM-IV en el último año es del 2,7% al 3,1%. Entre los adultos de 18 años o más, la prevalencia es del 1,5% al 2,9%. Entre los consumidores de cannabis, la prevalencia del trastorno por consumo de cannabis según el DSM-IV es del 20,4% entre los jóvenes y del 30,6% entre los adultos. Para el trastorno por consumo de cannabis del DSM-5, la prevalencia a 12 meses es aproximadamente del 2,5% entre los adultos (1,4%, 0,6% y 0,6% en niveles leve, moderado y grave, respectivamente). Durante la última década, la prevalencia del trastorno por consumo de cannabis ha disminuido entre los adolescentes. Por el contrario, entre los adultos, algunos estudios sugieren que la prevalencia del trastorno por consumo de cannabis se ha mantenido estable o ha aumentado; por ejemplo, entre los adultos de la población general, los pacientes hospitalizados y los pacientes de la Administración de Salud de Veteranos. A nivel mundial, la tasa estandarizada por edad de trastornos por consumo de cannabis fue de 289,7 por 100.000 personas en 2016, un aumento del 25,6% con respecto a 1990. La prevalencia varía ampliamente entre regiones geográficas, siendo la más baja en el África subsahariana occidental y la más alta en América del Norte.

Según la edad, la prevalencia del trastorno por consumo de cannabis en los Estados Unidos es más alta entre personas de 18 a 29 años (6,9%) y más baja entre personas de 45 años o más (0,8%). Las tasas de trastorno por consumo de cannabis son mayores en hombres que en mujeres (3,5% frente a 1,7%) y en niños que en niñas de 12 a 17 años (3,4% frente a 2,8%), aunque las diferencias de género han aumentado.

Machine Translated by Google

se ha ido reduciendo en cohortes de nacimiento recientes en varios países. En cuanto a las diferencias etnoraciales, para los adolescentes de 12 a 17 años, las tasas son más altas entre los hispanos (3,8%), seguidos de los blancos (3,1%), los afroamericanos (2,9%) y otros grupos etnoraciales (2,3%).
Entre los adultos, la prevalencia del trastorno por consumo de cannabis es del 5,3% entre los indios americanos y los nativos de Alaska, el 4,5% entre los afroamericanos, el 2,6% entre los hispanos, el 2,2% entre los blancos y el 1,3% entre los asiáticos y los isleños del Pacífico. En Estados Unidos y otros países de altos ingresos, el número de personas que buscan tratamiento por problemas relacionados con el cannabis ha aumentado desde los años noventa.
Sin embargo, entre los adultos con trastorno por consumo de cannabis, solo entre el 7% y el 8% recibieron algún tipo de tratamiento específico para el cannabis durante el año pasado, lo que indica que el trastorno por consumo de cannabis es una afección que está muy poco tratada.

Desarrollo y evolución La aparición del

trastorno por consumo de cannabis puede ocurrir a cualquier edad, pero es más común durante la adolescencia o la edad adulta temprana. La creciente aceptabilidad y disponibilidad de la marihuana medicinal y recreativa puede afectar el desarrollo y la evolución del trastorno por consumo de cannabis, con una mayor aparición entre los adultos mayores.

Generalmente, el trastorno por consumo de cannabis se desarrolla durante un período prolongado, aunque la progresión puede ser más rápida en los adolescentes, especialmente en aquellos con problemas de conducta. La mayoría de las personas que desarrollan un trastorno por consumo de cannabis establecen un patrón de consumo de cannabis que aumenta gradualmente en frecuencia y cantidad. A partir de 2010, aproximadamente, el cannabis ha desplazado cada vez más al alcohol y al tabaco en los Estados Unidos como la primera sustancia psicoactiva consumida durante la adolescencia. Esto puede atribuirse a la disminución de la percepción de nocividad del consumo de cannabis entre adolescentes y adultos y al hecho de que muchos ahora perciben el consumo de cannabis como menos nocivo que el consumo de alcohol o tabaco.

El trastorno por consumo de cannabis entre preadolescentes, adolescentes y adultos jóvenes se asocia con preferencias por la búsqueda de novedades y la asunción de riesgos, la violación de normas u otros comportamientos ilegales, y el trastorno de conducta. Los casos más leves de trastorno por consumo de cannabis en jóvenes reflejan principalmente un consumo continuo a pesar de los problemas relacionados con la desaprobación del consumo por parte de sus compañeros, la administración escolar o la familia, y pueden poner a los jóvenes en riesgo de sufrir consecuencias físicas o conductuales. En casos más graves, la progresión hacia el consumo solo o a lo largo del día interfiere con el funcionamiento diario y reemplaza las actividades prosociales previamente establecidas.

El trastorno por consumo de cannabis entre los adultos suele implicar patrones bien establecidos de consumo diario de cannabis que continúan a pesar de problemas psicosociales o médicos claros. Muchos adultos experimentan un deseo repetido de dejar de fumar o han fracasado en repetidos intentos de dejar de fumar. Los casos de adultos más leves pueden parecerse a los casos leves de adolescentes en el sentido de que el consumo de cannabis no es tan frecuente ni intenso, pero continúa a pesar de las posibles consecuencias significativas del uso sostenido. La tasa de consumo entre los adultos de mediana edad y mayores de Estados Unidos está aumentando, lo que puede atribuirse a una mayor disponibilidad y aceptabilidad, junto con un posible efecto de cohorte "baby boomer" resultante de la alta prevalencia del consumo entre aquellos que eran adultos jóvenes a finales del siglo XIX. Décadas de 1960 y 1970.

El inicio temprano del consumo de cannabis (p. ej., antes de los 15 años) es un predictor sólido del desarrollo del trastorno por consumo de cannabis y otros tipos de trastornos por consumo de sustancias y trastornos mentales durante la edad adulta temprana. Este inicio temprano suele coincidir con otros procesos de externalización.

Machine Translated by Google

problemas (p. ej., síntomas de trastorno de conducta). Sin embargo, la aparición temprana también es un predictor de problemas de internalización y, como tal, puede reflejar un factor de riesgo general para el desarrollo de trastornos mentales.

Factores de Riesgo y Pronóstico Temperamental.

Un historial de trastorno de conducta en la infancia o la adolescencia y un trastorno de personalidad antisocial son factores de riesgo para el desarrollo de muchos trastornos por consumo de sustancias, incluido el trastorno por consumo de cannabis. Otros factores de riesgo incluyen trastornos de externalización o internalización durante la infancia o la adolescencia. Los jóvenes con puntuaciones altas de desinhibición conductual muestran trastornos de aparición temprana por consumo de sustancias, incluido el trastorno por consumo de cannabis y la implicación de múltiples sustancias, y problemas de conducta tempranos.

Ambiental. Los factores de riesgo incluyen situaciones familiares inestables o abusivas, uso de cannabis entre familiares directos, antecedentes infantiles de abuso físico o emocional o muerte violenta de un familiar o amigo cercano, antecedentes familiares de trastornos por uso de sustancias y estatus socioeconómico bajo. Como ocurre con todas las sustancias de abuso, la facilidad de disponibilidad de la sustancia es un factor de riesgo; El cannabis es relativamente fácil de obtener en la mayoría de las culturas, lo que aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de cannabis. Las leyes cada vez más permisivas sobre la marihuana medicinal y recreativa de los estados de EE. UU. han reducido las barreras para obtener cannabis en aproximadamente dos tercios de los estados de EE. UU.

Vivir en un estado de EE. UU. que ha legalizado la recreación

El consumo de marihuana aumenta el riesgo de sufrir un trastorno por consumo de cannabis en adultos. El riesgo de sufrir este trastorno entre los consumidores de cannabis en el último año es mayor entre los adultos y adolescentes negros, nativos americanos, hispanos y asiático-americanos, en comparación con los blancos no hispanos.

Genético y fisiológico. Las influencias genéticas contribuyen al desarrollo de trastornos por consumo de cannabis. Los factores hereditarios contribuyen entre el 30% y el 80% de la variación total en el riesgo de sufrir trastornos por consumo de cannabis, aunque los estudios aún no han identificado definitivamente las variantes genéticas específicas involucradas. Las influencias genéticas y ambientales compartidas entre el cannabis y otros tipos de trastornos por consumo de sustancias sugieren una base común general para los trastornos por consumo de sustancias que incluye el trastorno por consumo de cannabis.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura La

aceptabilidad del cannabis para uso médico y recreativo ha variado ampliamente a lo largo del tiempo y entre contextos culturales. Actualmente, el cannabis es una de las sustancias psicoactivas más consumidas en el mundo. En algunos entornos culturales, el consumo de cannabis está influenciado por el origen étnico, la religión y las prácticas socioculturales, como los movimientos políticos.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género En

comparación con los hombres, las mujeres reportan síntomas de abstinencia de cannabis más severos, especialmente síntomas del estado de ánimo como irritabilidad, inquietud e ira, y síntomas gastrointestinales como dolor de estómago y náuseas, que pueden contribuir a una posible telescopía (transición más rápida). desde el primer consumo de cannabis hasta el trastorno por consumo de cannabis).

Machine Translated by Google

En una encuesta representativa a nivel nacional de EE. UU. realizada en 2016-2017, el 7,0% de las mujeres embarazadas informaron sobre el consumo de cannabis en el último mes. La tasa de consumo de cannabis es menor en mujeres embarazadas que en mujeres no embarazadas, pero la reanudación del consumo después del parto ocurre en la mayoría de las que logran la abstinencia durante el embarazo.

Marcadores de diagnóstico La detección de 11-nor-9-carboxi-delta-9-tetrahidrocannabinol (THCCOOH) en la orina se utiliza a menudo como marcador biológico del consumo de cannabis. En los consumidores frecuentes, las pruebas de orina para THCCOOH a menudo siguen siendo positivas durante semanas después del último uso, lo que limita los usos de estas pruebas (p. ej., estado de remisión), y se necesita experiencia en métodos de análisis de orina para interpretar los resultados de manera confiable. Sin embargo, un resultado positivo puede resultar útil al trabajar con personas que niegan todo uso a pesar de las preocupaciones de familiares o amigos. Se están desarrollando activamente pruebas para la presencia de cannabinoides en la sangre que dan resultados más detallados, y el desarrollo de la detección mediante fluidos orales puede eventualmente ofrecer la posibilidad de realizar pruebas en la carretera para utilizarlas en los esfuerzos de seguridad en la conducción.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas En un estudio de veteranos de la era de Irak y Afganistán, después del ajuste por múltiples factores sociodemográficos, comorbilidades psiquiátricas y de otras sustancias, y traumas pasados, incluido el combate, el trastorno por consumo de cannabis todavía se asociaba con un mayor riesgo de tendencias suicidas y autolesiones no suicidas. En un estudio de todos los pacientes de la Administración de Salud de Veteranos de EE. UU. realizado en 2005, cualquier trastorno actual por uso de sustancias se asoció con un mayor riesgo de suicidio en ambos sexos, pero especialmente entre las mujeres. En particular, los hombres con trastorno por consumo de cannabis tenían una tasa de suicidio de 79 por 100.000 personas-año, y las mujeres con trastorno por consumo de cannabis tenían una tasa de suicidio de 47 por 100.000 personas-año. Una revisión y un metanálisis de la literatura internacional desde 1990 hasta 2015 encontró evidencia de que el consumo crónico de cannabis, pero no el consumo agudo, está asociado con pensamientos y comportamientos suicidas.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de cannabis Las consecuencias funcionales del trastorno por consumo de cannabis forman parte de los criterios diagnósticos. Muchas áreas del funcionamiento psicosocial, cognitivo y de salud pueden verse comprometidas en relación con

Trastorno por consumo de cannabis. Aunque puede ser difícil distinguir los deterioros a corto plazo debidos a la intoxicación por cannabis de las consecuencias funcionales a largo plazo del trastorno por consumo de cannabis, la función cognitiva (particularmente la función ejecutiva superior), incluso cuando no se está intoxicado, puede verse comprometida en los consumidores de cannabis en una dosis acumulativa. relación de dependencia, que puede contribuir a dificultades en la escuela o el trabajo. También son motivo de preocupación los accidentes debidos a actividades potencialmente peligrosas bajo los efectos del alcohol (p. ej., conducir, practicar deportes, en el trabajo). En particular, los estudios controlados con placebo y los estudios epidemiológicos a gran escala muestran que el consumo de cannabis afecta el tiempo de reacción del conductor, las percepciones espaciales y la toma de decisiones. El consumo de cannabis también se ha relacionado con una reducción de la actividad dirigida a objetivos y una disminución de la autoeficacia, lo que se denomina síndrome amotivacional, que se manifiesta en un rendimiento escolar o laboral deficiente. De manera similar, los problemas asociados con el cannabis en las relaciones sociales se reportan comúnmente en aquellos que consumen cannabis.

Machine Translated by Google

trastorno. El consumo de cannabis se asocia con una peor satisfacción con la vida y un mayor tratamiento y hospitalización por problemas de salud mental.

Diagnóstico diferencial

Consumo no problemático de cannabis. Aunque la mayoría de las personas que consumen cannabis no tienen problemas relacionados con su consumo, entre el 20% y el 30% de los consumidores de cannabis experimentan síntomas y consecuencias asociadas consistentes con un trastorno por consumo de cannabis. Diferenciar el consumo no problemático de cannabis y el trastorno por consumo de cannabis puede ser un desafío porque es posible que los individuos no atribuyan a la sustancia problemas sociales, conductuales o psicológicos relacionados con el cannabis, especialmente en el contexto del consumo de múltiples sustancias. Además, no reconocer el consumo excesivo de cannabis y su papel en los problemas asociados es común entre las personas remitidas a tratamiento por otros (es decir, la escuela, la familia, el empleador, el sistema de justicia penal).

Intoxicación por cannabis, abstinencia de cannabis y trastornos mentales inducidos por cannabis. Canabis usar El trastorno se diferencia de la intoxicación por cannabis, la abstinencia de cannabis y los trastornos mentales inducidos por el cannabis (p. ej., el trastorno de ansiedad inducido por el cannabis) en que el trastorno por consumo de cannabis describe un patrón problemático de consumo de cannabis que implica un control deficiente sobre el consumo de cannabis, un deterioro social debido al cannabis consumo de cannabis, consumo de riesgo de cannabis (p. ej., conducir en estado de ebriedad) y síntomas farmacológicos (el desarrollo de tolerancia o abstinencia), mientras que la intoxicación por cannabis, la abstinencia de cannabis y los trastornos mentales inducidos por cannabis describen síndromes psiquiátricos que se desarrollan en el contexto de un consumo intenso. La intoxicación por cannabis, la abstinencia de cannabis y los trastornos mentales inducidos por el cannabis ocurren con frecuencia en personas con trastorno por consumo de cannabis. En tales casos, se debe realizar un diagnóstico de intoxicación por cannabis, abstinencia de cannabis o trastorno mental inducido por cannabis, además de un diagnóstico de trastorno por consumo de cannabis, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Comorbilidad El

trastorno por consumo de cannabis tiene una alta comorbilidad con otros trastornos por consumo de sustancias (p. ej., alcohol, cocaína, opioides). Por ejemplo, en comparación con los adultos sin trastorno por consumo de cannabis, tener un trastorno por consumo de cannabis multiplica el riesgo de sufrir cualquier otro trastorno por sustancias por un factor de aproximadamente nueve. El cannabis se ha considerado comúnmente como una droga “de entrada” porque las personas que lo consumen tienen una probabilidad sustancialmente mayor que los no consumidores de consumir posteriormente otras sustancias más riesgosas (p. ej., opioides o cocaína) a lo largo de su vida. Entre los adultos que buscan tratamiento para un trastorno por consumo de cannabis, muchos (63 %) informan un uso problemático de sustancias secundarias o terciarias, incluido el alcohol, la cocaína, la metanfetamina/anfetamina y la heroína u otros opiáceos, y el trastorno por consumo de cannabis suele ser un problema secundario o terciario. entre aquellos con un diagnóstico primario de otros trastornos por uso de sustancias. Entre los adolescentes en tratamiento, el cannabis es frecuentemente la principal sustancia de abuso (76%).

Entre los adultos con trastorno por consumo de cannabis según el DSM-5, el 64% había tenido un trastorno por consumo de tabaco en el último año, y las probabilidades de un trastorno por consumo de tabaco comórbido aumentaron drásticamente a medida que aumentaba la gravedad del trastorno por consumo de cannabis.

Los trastornos mentales concurrentes también son comunes entre quienes padecen trastorno por consumo de cannabis y

Machine Translated by Google

incluyen el trastorno depresivo mayor, los trastornos bipolares I y II, los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos de la personalidad. En un estudio de gemelos de Minnesota, aproximadamente la mitad de los adolescentes con trastorno por consumo de cannabis tenían trastornos internalizantes (p. ej., ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático) y el 64% tenía trastornos externalizantes (p. ej., trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención/hiperactividad).

Ha surgido una preocupación considerable sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. El consumo de cannabis en períodos críticos se asocia sistemáticamente con un aumento triple del riesgo de psicosis. Las diferencias en la frecuencia del consumo diario de cannabis y el uso de variedades de cannabis de alta potencia pueden haber contribuido a la sorprendente variación en la incidencia del trastorno psicótico en 11 sitios europeos. La fracción poblacional atribuible al cannabis regular para explicar los ingresos hospitalarios por psicosis se estimó en 17,7% (IC 95%: 1,2%–45,5%) en Chile. Por otro lado, algunos datos sugieren que el abuso infantil puede ser el factor determinante que aumenta el riesgo de abuso de cannabis y de psicosis. En general, el consumo de cannabis puede contribuir a la aparición de un episodio psicótico agudo, exacerbar algunos síntomas y afectar negativamente al tratamiento de una enfermedad psicótica importante.

En cuanto a las condiciones médicas, el síndrome de hiperemesis cannabinoide es un síndrome de náuseas y vómitos cíclicos asociados con el consumo regular de cannabis que se observa cada vez más en los departamentos de urgencias a medida que aumenta la prevalencia del consumo de cannabis. Además, los trastornos respiratorios (p. ej., asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía) se asocian con el consumo regular de cannabis (fumándolo, vapeándolo o con cigarrillos electrónicos), independientemente del consumo conjunto de tabaco, al igual que algunos resultados cardiovasculares adversos.

Intoxicación por cannabis

Criterios de diagnóstico

A. Consumo reciente de cannabis.

B. Cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (p. ej., alteración de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de ralentización del tiempo, deterioro del juicio, retraimiento social) que se desarrollaron durante o poco después del consumo de cannabis.

C. Dos (o más) de los siguientes signos o síntomas se desarrollan dentro de las 2 horas posteriores a consumo de cannabis:

1. Inyección conjuntival.
2. Aumento del apetito.
3. Boca seca.
4. Taquicardia.

D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación por otra sustancia.

Especifique si:

Machine Translated by Google

Con alteraciones de la percepción: se producen alucinaciones con prueba de realidad intacta o ilusiones auditivas, visuales o táctiles en ausencia de delirio.

Nota de codificación: El código CIE-10-CM depende de si existe o no un trastorno comórbido por consumo de cannabis y de si existen o no alteraciones de la percepción.

Para intoxicación por cannabis, sin alteraciones de la percepción: si un trastorno leve por consumo de cannabis es comórbido, el código CIE-10-CM es F12.120, y si un trastorno moderado o grave por consumo de cannabis es comórbido, el código CIE-10-CM es F12 .220. Si no hay ningún trastorno comórbido por consumo de cannabis, entonces el código ICD-10-CM es F12.920.

Para intoxicación por cannabis, con alteraciones de la percepción: si un trastorno leve por consumo de cannabis es comórbido, el código CIE-10-CM es F12.122, y si un trastorno moderado o grave por consumo de cannabis es comórbido, el código CIE-10-CM es F12 .222. Si no hay ningún trastorno comórbido por consumo de cannabis, entonces el código ICD-10-CM es F12.922.

Especificadores

Cuando las alucinaciones ocurren en ausencia de una prueba de realidad intacta, se debe considerar un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por cannabis es la presencia de cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos que se desarrollan durante o poco después del consumo de cannabis (Criterio B). La intoxicación generalmente comienza con una sensación de “euforia” seguida de síntomas que incluyen euforia con risa y grandiosidad inapropiadas, sedación, letargo, deterioro de la memoria a corto plazo, dificultad para llevar a cabo procesos mentales complejos, deterioro del juicio, percepciones sensoriales distorsionadas, deterioro del rendimiento motor, y la sensación de que el tiempo pasa lentamente. Ocasionalmente, se produce ansiedad (que puede ser grave), disforia o retraimiento social. Estos efectos psicoactivos van acompañados de dos o más de los siguientes signos, que se desarrollan dentro de las 2 horas posteriores al consumo de cannabis: inyección conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca y taquicardia (Criterio C).

La intoxicación se desarrolla en cuestión de minutos si se fuma la planta de cannabis, y puede tardar algunas horas en desarrollarse cuando el cannabis se ingiere por vía oral. Los efectos suelen durar de 3 a 4 horas, y duran más cuando la sustancia se ingiere por vía oral. La magnitud de los cambios fisiológicos y de comportamiento depende de la dosis, el método de administración y las características del individuo que usa la sustancia, como la tasa de absorción, la tolerancia y la sensibilidad a los efectos de la sustancia. Debido a que la mayoría de los cannabinoides, incluido el delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC), son solubles en grasa, los efectos del cannabis o el hachís pueden persistir o reaparecer ocasionalmente durante 12 a 24 horas debido a la liberación lenta de sustancias psicoactivas del tejido adiposo o del tejido adiposo. a la circulación enterohepática.

Los cannabinoides sintéticos (por ejemplo, Spice), cuyo uso se ha vuelto más común en los últimos años,

Machine Translated by Google

También producen efectos rápidos, incluyendo euforia, locuacidad, sentimientos de alegría y risa, y relajación. En términos de efectos psicoactivos, las dosis bajas de cannabinoides sintéticos y otros productos de cannabis son similares. Con dosis más altas de cannabinoides sintéticos, es más probable que se produzcan síntomas delirantes y alucinatorios.

Predominio

Se desconoce la prevalencia de episodios de intoxicación por cannabis en la población general.
Sin embargo, es probable que la mayoría de las personas que consumen cannabis experimenten en algún momento síntomas que cumplan los criterios de intoxicación por cannabis. Teniendo esto en cuenta, es probable que la prevalencia de personas que consumen cannabis y la prevalencia de personas que experimentan intoxicación por cannabis sean similares.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por cannabis El deterioro causado por la intoxicación por cannabis puede tener consecuencias graves, que incluyen disfunción en el trabajo o la escuela, indiscreciones sociales, incumplimiento de las obligaciones laborales, accidentes de tráfico y relaciones sexuales sin protección. En casos raros, la intoxicación por cannabis puede precipitar una psicosis que puede variar en duración.

Diagnóstico diferencial Tenga en cuenta que si la presentación clínica incluye alucinaciones en ausencia de pruebas de realidad intactas, se debe considerar un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos.

Intoxicación por otras sustancias. La intoxicación por cannabis puede parecerse a la intoxicación por otro tipo de sustancias. Sin embargo, a diferencia de la intoxicación por cannabis, la intoxicación por alcohol y la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con frecuencia disminuyen el apetito, aumentan el comportamiento agresivo y producen nistagmo o ataxia. Los alucinógenos en dosis bajas pueden provocar un cuadro clínico parecido a la intoxicación por cannabis. La fenciclidina, al igual que el cannabis, se puede fumar y también provoca cambios de percepción, pero es mucho más probable que la intoxicación por fenciclidina provoque ataxia y comportamiento agresivo.

Trastornos mentales inducidos por el cannabis. La intoxicación por cannabis se distingue de los trastornos mentales inducidos por el cannabis (p. ej., el trastorno de ansiedad inducido por el cannabis, que comienza durante la intoxicación) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en estos últimos trastornos exceden los asociados habitualmente con la intoxicación por cannabis, predominan en el presentación clínica y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica independiente.

Comorbilidad Dada la típica superposición de la intoxicación por cannabis con el trastorno por consumo de cannabis, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de cannabis para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se presenten.

Abstinencia de cannabis

Machine Translated by Google

Criterios de diagnóstico

A. Cese del consumo de cannabis que ha sido intenso y prolongado (es decir, consumo habitualmente diario o casi diario durante un período de al menos unos pocos meses).

B. Tres (o más) de los siguientes signos y síntomas se desarrollan aproximadamente 1 semana después del Criterio A: 1. Irritabilidad, ira o agresión.

2. Nerviosismo o ansiedad.
3. Dificultad para dormir (p. ej., insomnio, sueños perturbadores).
4. Disminución del apetito o pérdida de peso.
5. Inquietud.
6. Estado de ánimo deprimido.
7. Al menos uno de los siguientes síntomas físicos que causan malestar significativo: dolor abdominal, temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o dolor de cabeza.

C. Los signos o síntomas del Criterio B causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno comórbido por consumo de cannabis. Si un trastorno leve por consumo de cannabis es comórbido, el código CIE-10-CM es F12.13, y si un trastorno moderado o grave por consumo de cannabis es comórbido, el código CIE-10-CM es F12.23. Para la abstinencia de cannabis que se produce en ausencia de un trastorno por consumo de cannabis (por ejemplo, en un paciente que toma cannabis únicamente bajo supervisión médica adecuada), el código ICD-10-CM es F12.93.

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia de cannabis es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después del cese del consumo regular de cannabis. Los consumidores habituales se vuelven tolerantes a muchos efectos agudos del cannabis, y el cese del consumo habitual puede provocar un síndrome de abstinencia de cannabis. Los síntomas comunes de abstinencia del cannabis incluyen irritabilidad, estado de ánimo deprimido, ansiedad, inquietud, dificultad para dormir y disminución del apetito o pérdida de peso. La abstinencia de cannabis puede causar un malestar significativo, lo que lleva a un uso continuo para aliviar los síntomas, dificultad para dejar de fumar y recaídas. A diferencia de la abstinencia de otras sustancias (es decir, opioides, alcohol, sedantes), los síntomas conductuales y emocionales (p. ej., nerviosismo, irritabilidad, dificultad para dormir) suelen ser más comunes que los síntomas físicos (p. ej., temblores, sudoración).

Funciones asociadas

Machine Translated by Google

La abstinencia de cannabis puede ir acompañada de fatiga observada, bostezos, dificultad para concentrarse y períodos de rebote de aumento del apetito e hipersomnia que siguen a períodos iniciales de pérdida de apetito e insomnio.

Predominio

Entre los consumidores de cannabis adultos y adolescentes, las estimaciones de prevalencia de los síntomas de abstinencia de cannabis varían ampliamente, del 35% al 95%, según investigaciones realizadas en los Estados Unidos y otros países. Es probable que parte de la variación en las tasas sea atribuible a los métodos de evaluación y otra parte a diferencias entre muestras. Entre los consumidores adultos habituales de cannabis de la población general, el 12 % informó signos y síntomas que cumplían los criterios para el síndrome completo de abstinencia de cannabis del DSM-5, con diferencias sustanciales en la prevalencia entre los blancos no latinos (10 %), los afroamericanos (15,3 %) y asiáticoamericanos, nativos hawaianos e isleños del Pacífico (31%).
Entre los adultos y adolescentes que están inscritos en tratamiento o son grandes consumidores de cannabis, entre el 50 % y el 95 % declaran abstinencia de cannabis. Estos hallazgos indican que la abstinencia de cannabis ocurre entre un subconjunto sustancial de consumidores habituales de cannabis que intentan dejar de fumar.

Desarrollo y curso El inicio de la abstinencia

generalmente ocurre dentro de las 24 a 48 horas posteriores al cese del uso. Alcanza su punto máximo en 2 a 5 días y se resuelve en 1 a 2 semanas, aunque los trastornos del sueño pueden persistir por más tiempo. Se desconocen la cantidad, duración y frecuencia de consumo de cannabis necesarios para producir la abstinencia, pero un consumo más crónico y frecuente de cannabis se asocia con una mayor cantidad y gravedad de los síntomas de abstinencia. La abstinencia de cannabis puede ocurrir en adultos y adolescentes.
Las mujeres pueden experimentar síntomas de abstinencia de cannabis más graves que los hombres.

Factores de riesgo y pronóstico Entre los

consumidores de cannabis, la propensión a experimentar abstinencia de cannabis es moderadamente hereditaria, lo que indica influencias genéticas. La prevalencia y gravedad de la abstinencia de cannabis son mayores entre los mayores consumidores de cannabis, en particular aquellos que buscan tratamiento para el trastorno por consumo de cannabis. La gravedad de la abstinencia también puede estar relacionada con la presencia y gravedad de síntomas comórbidos de trastornos mentales.

Consecuencias funcionales de la abstinencia de cannabis Los consumidores de cannabis

afirman consumir cannabis para aliviar los síntomas de abstinencia, lo que hace que la abstinencia de cannabis contribuya a la persistencia del trastorno por consumo de cannabis. Esto hace que la abstinencia de cannabis sea un objetivo actual para el desarrollo de medicamentos. Peores resultados pueden ser

asociado con una mayor abstinencia. Se ha informado que la dificultad para dormir es el síntoma de abstinencia más frecuentemente asociado con la recaída en el consumo de cannabis. Los consumidores de cannabis informan haber recaído en el consumo de cannabis o haber iniciado el uso de otras drogas (p. ej., tranquilizantes) para aliviar los síntomas de abstinencia de cannabis.

Machine Translated by Google

Diagnóstico diferencial Debido a

que muchos de los síntomas de la abstinencia de cannabis son también síntomas de síndromes de abstinencia de otras sustancias o de trastornos depresivos o bipolares, una evaluación cuidadosa debe centrarse en garantizar que los síntomas no se expliquen mejor por el abandono de otra sustancia (p. ej., abstinencia de tabaco o alcohol).), otro trastorno mental (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor) u otra afección médica. Dada la creencia cada vez más común de que el consumo de cannabis es inofensivo, es posible que los consumidores habituales de cannabis que experimentan abstinencia de cannabis no se den cuenta de que sus síntomas de abstinencia se deben a que los efectos del cannabis están desapareciendo y continúan consumiendo cannabis como una forma de automedicación.

Comorbilidad Entre

los consumidores adultos frecuentes de cannabis, la abstinencia de cannabis se asocia con depresión, ansiedad y trastorno de personalidad antisocial comórbidos. Dada la típica superposición de la abstinencia de cannabis con el trastorno por consumo de cannabis, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de cannabis para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se presenten.

Trastornos mentales inducidos por el cannabis

Los siguientes trastornos mentales inducidos por el cannabis se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (consulte los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por el cannabis (“Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”) ”); trastorno de ansiedad inducido por cannabis (“Trastornos de ansiedad”); y trastorno del sueño inducido por el cannabis (“trastornos del sueño-vigilia”). Para el delirio por intoxicación por cannabis y el delirio inducido por agonistas farmacéuticos de los receptores del cannabis tomados según lo prescrito, consulte los criterios y la discusión sobre el delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". Estos trastornos mentales inducidos por el cannabis se diagnostican en lugar de la intoxicación por cannabis o la abstinencia de cannabis cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Trastorno no especificado relacionado con el cannabis

F12.99

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el cannabis que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno específico relacionado con el cannabis o cualquier de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adicciones.

Machine Translated by Google

Trastornos relacionados con los alucinógenos

Trastorno por consumo de fenciclidina

Otro trastorno por consumo de alucinógenos

Intoxicación por fenciclidina

Otra intoxicación por alucinógenos

Trastorno de percepción persistente alucinógeno

Trastornos mentales inducidos por fenciclidina

Trastornos mentales inducidos por alucinógenos

Trastorno no especificado relacionado con la fenciclidina

Trastorno relacionado con alucinógenos no especificados

Trastorno por consumo de fenciclidina

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón de uso de fenciclidina (o una sustancia farmacológicamente similar) que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses: 1.

La fenciclidina a menudo se toma en cantidades mayores o durante un período más largo que se pretendía.

2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos por reducir o controlar uso de fenciclidina.
3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a actividades necesarias para obtener fenciclidina, usarla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansia, o un fuerte deseo o necesidad de usar fenciclidina.
5. Uso recurrente de fenciclidina que resulta en el incumplimiento de obligaciones de roles importantes en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., ausencias repetidas del trabajo o desempeño laboral deficiente relacionado con el uso de fenciclidina; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con fenciclidina; negligencia de los niños o del hogar).
6. Uso continuo de fenciclidina a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la fenciclidina (p. ej., discusiones con su cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación; peleas físicas).
7. Se abandonan o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas. reducido debido al uso de fenciclidina.

Machine Translated by Google

8. Uso recurrente de fenciclidina en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil u operar una máquina cuando está afectado por una fenciclidina).

9. El uso de fenciclidina continúa a pesar de saber que tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por la fenciclidina.

10. Tolerancia, según lo definido por cualquiera de los siguientes:

a. Una necesidad de cantidades notablemente mayores de fenciclidina para lograr intoxicación o efecto deseado.

b. Un efecto notablemente disminuido con el uso continuo de la misma cantidad de la fenciclidina.

Nota: Los síntomas y signos de abstinencia no están establecidos para las fenciclidinas, por lo que este criterio no se aplica. (Se ha informado de abstinencia de fenciclidinas en animales, pero no se ha documentado en usuarios humanos).

Especifique

si: En remisión temprana: Después de que se cumplieron todos los criterios para el trastorno por consumo de fenciclidina, no se ha cumplido ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de fenciclidina durante al menos 3 meses pero menos de 12 meses (con la excepción del Criterio A4, “Ansia , o un fuerte deseo o necesidad de usar fenciclidina”, puede satisfacerse).

En remisión sostenida: Después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de fenciclidina, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de fenciclidina se ha cumplido en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción del Criterio A4, “Ansia o deseo fuerte deseo o necesidad de usar fenciclidina”, puede satisfacerse).

Especifique

si: En un ambiente controlado: este especificador adicional se utiliza si el individuo se encuentra en un ambiente donde el acceso a las fenciclidinas está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si también está presente una intoxicación por fenciclidina u otro trastorno mental inducido por fenciclidina, no utilice los códigos siguientes para el trastorno por consumo de fenciclidina. En cambio, el trastorno comórbido por consumo de fenciclidina se indica en el cuarto carácter del código del trastorno inducido por fenciclidina (consulte la nota de codificación para la intoxicación por fenciclidina o un trastorno mental específico inducido por fenciclidina). Por ejemplo, si existe un trastorno psicótico comórbido inducido por fenciclidina, solo se proporciona el código de trastorno psicótico inducido por fenciclidina, y el cuarto carácter indica si el trastorno comórbido por consumo de fenciclidina es leve, moderado o grave: F16.159 para uso leve de fenciclidina. trastorno por consumo de fenciclidina con trastorno psicótico inducido por fenciclidina o F16.259 para un trastorno por consumo de fenciclidina moderado o grave con trastorno psicótico inducido por fenciclidina.

Machine Translated by Google

Especifique la gravedad/remisión actual:

F16.10 Leve: Presencia de 2 a 3 síntomas.

F16.11 Leve, en remisión temprana F16.11

Leve, en remisión sostenida F16.20 Moderado:

Presencia de 4 a 5 síntomas.

F16.21 Moderado, en remisión temprana F16.21

Moderado, en remisión sostenida F16.20 Grave:

Presencia de 6 o más síntomas.

F16.21 Grave, en remisión temprana F16.21

Grave, en remisión sostenida

Los

especificadores "En un ambiente controlado" se aplican como un especificador adicional de remisión si el individuo se encuentra tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado). Ejemplos de estos entornos son las cárceles libres de sustancias y estrechamente supervisadas, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave.

Características diagnósticas

Las fenciclidinas (o sustancias similares a las fenciclidinas) incluyen fenciclidina (p. ej., PCP, “polvo de ángel”) y compuestos menos potentes pero de acción similar, como la ketamina,

ciclohexamina y dizocilpina. Estas sustancias se desarrollaron por primera vez como anestésicos disociativos en la década de 1950 y se convirtieron en drogas ilegales en la década de 1960. Producen sentimientos de separación de la mente y el cuerpo (por lo tanto, “disociativos”) en dosis bajas, y en dosis altas, pueden producirse estupor y coma. Estas sustancias suelen fumarse o tomarse por vía oral, pero también pueden inhalarse o inyectarse. Aunque los efectos psicoactivos primarios de la fenciclidina duran unas pocas horas, la tasa de eliminación total de esta droga del cuerpo generalmente se prolonga durante 8 días o más. Los efectos alucinógenos en individuos vulnerables pueden durar semanas y precipitar un episodio psicótico persistente parecido a la esquizofrenia. Se ha observado que la ketamina tiene utilidad en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Los síntomas de abstinencia no se han establecido claramente en humanos y, por lo tanto, el criterio de abstinencia no se incluye en el diagnóstico del trastorno por consumo de fenciclidina.

Funciones asociadas

La fenciclidina se puede detectar en la orina hasta por 8 días o incluso más en dosis muy altas. Además de las pruebas de laboratorio para detectar su presencia, los síntomas característicos resultantes de la intoxicación con fenciclidina o sustancias relacionadas pueden ayudar en su diagnóstico. Es probable que la fenciclidina produzca síntomas disociativos, analgesia, nistagmo, riesgo de hipertensión/hipotensión y shock, euforia, alucinaciones visuales/auditivas, desrealización y contenido de pensamiento inusual.

Machine Translated by Google

También puede producirse un comportamiento violento con el uso de fenciclidina, ya que las personas intoxicadas pueden creer que están siendo atacadas.

Predominio

No se dispone de datos sobre la prevalencia del trastorno por consumo de fenciclidina, pero las tasas parecen ser bajas (basadas en las tasas de la categoría general de trastorno por consumo de alucinógenos, que incluye la fenciclidina, de aproximadamente el 0,1% entre personas de 12 años o más en los Estados Unidos). .
Además, entre las admisiones a centros de tratamiento por uso de sustancias en EE. UU., sólo el 0,3% de las personas admitidas recomendaron la fenciclidina como su fármaco principal.

Factores de riesgo y pronóstico En un estudio de

población general realizado en Australia, los consumidores de ketamina tenían más probabilidades de ser hombres y de haber consumido más de 11 bebidas estándar por día.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Se desconoce

la proporción de género para el trastorno por consumo de fenciclidina, pero entre las admisiones a centros de tratamiento por consumo de sustancias de EE. UU. que recomiendan la fenciclidina como fármaco principal, el 62% eran hombres.

Marcadores de diagnóstico Las

pruebas de laboratorio pueden ser útiles, ya que la fenciclidina está presente en la orina de personas intoxicadas hasta 8 días después de la ingestión. La historia del individuo junto con ciertos signos físicos (p. ej., nistagmo, analgesia, hipertensión prominente) pueden ayudar a distinguir el cuadro clínico de la fenciclidina del de otros alucinógenos.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de fenciclidina En personas con trastorno por

consumo de fenciclidina, puede haber evidencia física de lesiones por accidentes, peleas y caídas. El uso crónico de fenciclidina puede provocar un deterioro cognitivo agudo y persistente; síntomas del tracto urinario e intestinales; dolor abdominal, dolor de pecho, palpitaciones y taquicardia; depresion respiratoria; trastornos del sueño; y depresión.

Diagnóstico diferencial Puede ser

Otros trastornos por uso de sustancias. importante distinguir los efectos de la fenciclidina de los de otras sustancias, porque la fenciclidina puede ser un aditivo de otras sustancias (p. ej., cannabis, cocaína).

Intoxicación por fenciclidina y trastornos mentales inducidos por fenciclidina. El trastorno por consumo de fenciclidina se diferencia de la intoxicación por fenciclidina y los trastornos mentales inducidos por fenciclidina (p. ej., trastorno psicótico inducido por fenciclidina) en que el trastorno por consumo de fenciclidina describe un patrón problemático de consumo de fenciclidina que implica un control deficiente sobre el uso de fenciclidina, deterioro social atribuible al consumo de fenciclidina, uso riesgoso de fenciclidina (p. ej., conducir en estado de ebriedad) y síntomas farmacológicos (el desarrollo de tolerancia), mientras que

Machine Translated by Google

La intoxicación por fenciclidina y los trastornos mentales inducidos por fenciclidina describen síndromes psiquiátricos que ocurren en el contexto de un consumo intenso. La intoxicación por fenciclidina y los trastornos mentales inducidos por fenciclidina ocurren con frecuencia en personas con trastorno por consumo de fenciclidina. En tales casos, se debe realizar un diagnóstico de intoxicación por fenciclidina o de un trastorno mental inducido por fenciclidina, además de un diagnóstico de trastorno por consumo de fenciclidina, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Trastornos mentales independientes. Algunos de los efectos del uso de fenciclidina pueden parecerse a los síntomas de trastornos mentales independientes, como la psicosis (esquizofrenia); mal humor (trastorno depresivo mayor); y comportamientos violentos y agresivos (trastorno de conducta, trastorno de personalidad antisocial). Discernir si estos comportamientos ocurrieron antes de la ingesta de la droga es importante para diferenciar los efectos agudos de la droga de un trastorno mental preexistente.

Comorbilidad El trastorno de conducta en adolescentes y el trastorno de personalidad antisocial pueden estar asociados con el uso de fenciclidina. Otros trastornos por consumo de sustancias, especialmente trastornos por consumo de alcohol, cocaína y anfetaminas, son comunes entre las personas con trastorno por consumo de fenciclidina.

Otro trastorno por consumo de alucinógenos

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón problemático de uso de alucinógenos (distintos de fenciclidina) que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. El alucinógeno a menudo se toma en cantidades mayores o durante un período más largo que se pretendía.

2. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos por reducir o controlar el consumo de alucinógenos.

3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a actividades necesarias para obtener el alucinógeno, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

4. Ansia, o un fuerte deseo o necesidad de consumir el alucinógeno.

5. Uso recurrente de alucinógenos que resulta en el incumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., ausencias repetidas del trabajo o desempeño laboral deficiente relacionado con el uso de alucinógenos; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con alucinógenos; negligencia de los niños o del hogar).

6. Uso continuo de alucinógenos a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del alucinógeno (p. ej., discusiones con su cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación; peleas físicas).

Machine Translated by Google

7. Se abandonan o reducen importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al uso de alucinógenos.
8. Uso recurrente de alucinógenos en situaciones en las que es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir un automóvil u operar una máquina cuando el alucinógeno lo afecta).
9. El uso de alucinógenos continúa a pesar de saber que tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por el alucinógeno.
10. Tolerancia, según lo definido por cualquiera de los siguientes:
    a. Una necesidad de cantidades notablemente mayores del alucinógeno para lograr intoxicación o efecto deseado.
    b. Un efecto notablemente disminuido con el uso continuo de la misma cantidad del alucinógeno.

Nota: Los síntomas y signos de abstinencia no están establecidos para los alucinógenos, por lo que este criterio no se aplica.

Especifique el alucinógeno en particular.

Especifique

si: En remisión temprana: Después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de otros alucinógenos, no se ha cumplido ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de otros alucinógenos durante al menos 3 meses pero durante menos de 12 meses (con la excepción del Criterio A4, Se puede satisfacer un “ansia, o un fuerte deseo o impulso de consumir el alucinógeno”).

En remisión sostenida: Después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de otros alucinógenos, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de otros alucinógenos se ha cumplido en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción del Criterio A4, “Ansia, o un fuerte deseo o impulso de consumir el alucinógeno”, puede satisfacerse).

Especificar

si: En un ambiente controlado: Este especificador adicional se utiliza si el individuo se encuentra en un ambiente donde el acceso a alucinógenos está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si también está presente una intoxicación por alucinógenos u otro trastorno mental inducido por alucinógenos, no utilice los códigos siguientes para el trastorno por consumo de alucinógenos. En cambio, el trastorno comórbido por consumo de alucinógenos se indica en el cuarto carácter del código de trastorno inducido por alucinógenos (consulte la nota de codificación para intoxicación por alucinógenos o trastorno mental específico inducido por alucinógenos). Por ejemplo, si hay un trastorno psicótico inducido por alucinógenos y un trastorno por consumo de alucinógenos comórbidos, solo se proporciona el código de trastorno psicótico inducido por alucinógenos, y el cuarto carácter indica si el trastorno por consumo de alucinógenos comórbido es leve, moderado o grave: F16.159 para trastorno leve por consumo de alucinógenos con trastorno psicótico inducido por alucinógenos o F16.259 para trastorno por consumo de alucinógenos moderado o grave con trastorno psicótico inducido por alucinógenos.

Machine Translated by Google

Especifique la gravedad/remisión actual:

F16.10 Leve: Presencia de 2 a 3 síntomas.

F16.11 Leve, en remisión temprana F16.11

Leve, en remisión sostenida F16.20 Moderado:

Presencia de 4 a 5 síntomas.

F16.21 Moderado, en remisión temprana F16.21

Moderado, en remisión sostenida F16.20 Grave:

Presencia de 6 o más síntomas.

F16.21 Grave, en remisión temprana F16.21

Grave, en remisión sostenida

Los

especificadores "En un ambiente controlado" se aplican como un especificador adicional de remisión si el individuo se encuentra tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado). Ejemplos de estos entornos son las cárceles libres de sustancias y estrechamente supervisadas, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave.

Características diagnósticas

Los alucinógenos comprenden un grupo diverso de sustancias que, a pesar de tener diferentes estructuras químicas y posiblemente involucrar diferentes mecanismos moleculares, producen alteraciones similares de percepción, estado de ánimo y cognición en los consumidores. Los alucinógenos incluidos son fenilalquilaminas (p. ej., mescalina, DOM [2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina] y MDMA [3,4-metilendioximetanfetamina; también llamada “éxtasis” o “molly”]); las indoleaminas, incluida la psilocibina (y su metabolito psilocina, el compuesto principal responsable de los efectos psicodélicos de los hongos alucinógenos) y la dimetiltriptamina (DMT); y las ergolinas, como el LSD (dietilamida del ácido lisérgico) y las semillas de campanilla. Además, otros compuestos etnobotánicos diversos se clasifican como alucinógenos, de los cuales la Salvia divinorum y la estramonio son dos ejemplos. Del grupo de los alucinógenos se excluyen el cannabis y su compuesto activo, delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) (consulte la sección “Trastornos relacionados con el cannabis”). Estas sustancias pueden tener efectos alucinógenos, pero se diagnostican por separado debido a diferencias significativas en sus efectos psicológicos y conductuales.

Los alucinógenos generalmente se toman por vía oral, aunque algunas formas se fuman (p. ej., DMT, salvia) o (raramente) se toman por vía intranasal o mediante inyección (p. ej., éxtasis). La duración de los efectos varía según los tipos de alucinógenos. Algunas de estas sustancias (es decir, LSD, MDMA) tienen una vida media larga y una duración prolongada, de modo que los usuarios pueden pasar horas o días usando y/o recuperándose de los efectos de estas drogas. Sin embargo, otras drogas alucinógenas (p. ej., DMT, salvia) tienen una acción breve. La tolerancia a los alucinógenos se desarrolla con el uso repetido y se ha informado que tiene efectos tanto autonómicos como psicológicos.

Machine Translated by Google

La MDMA/éxtasis como alucinógeno puede tener efectos distintivos atribuibles tanto a sus propiedades alucinógenas como estimulantes. Los consumidores de éxtasis tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de alucinógenos que aquellos que consumen otros alucinógenos. Entre los consumidores de éxtasis, tanto adolescentes como adultos, y los consumidores de otros alucinógenos, los criterios de trastorno por consumo de alucinógenos notificados con mayor frecuencia son la tolerancia, el consumo peligroso, el consumo a pesar de problemas emocionales o de salud, el abandono de actividades en favor del consumo y el gasto de mucho tiempo en obtener, usar o recuperarse de los efectos del uso. Al igual que para otras sustancias, los criterios de diagnóstico para el trastorno por consumo de otros alucinógenos se organizan a lo largo de un único espectro de gravedad.

Dado que no se ha documentado consistentemente un síndrome de abstinencia clínicamente significativo en humanos, el diagnóstico del síndrome de abstinencia de alucinógenos no está incluido en este manual y, por lo tanto, no forma parte de los criterios de diagnóstico del trastorno por consumo de alucinógenos.
Sin embargo, puede haber evidencia de abstinencia de MDMA, con respaldo de dos o más síntomas de abstinencia (p. ej., malestar, alteración del apetito, cambios de humor [ansioso, deprimido, irritable], falta de concentración, alteración del sueño) o evitación de la abstinencia observada en más de la mitad de los individuos en diversas muestras de consumidores de éxtasis en los Estados Unidos e internacionalmente.

Funciones asociadas

Los síntomas característicos del uso de algunos alucinógenos pueden ayudar en el diagnóstico si no se dispone de resultados toxicológicos en orina o sangre. Por ejemplo, las personas que consumen LSD tienden a experimentar alucinaciones visuales que pueden resultar aterradoras.

Predominio

Otros trastornos por consumo de alucinógenos son raros. En la población general de EE. UU., alrededor del 0,1% de las personas de 12 años o más sufrieron síntomas de trastorno por consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses en 2018. La tasa fue del 0,2% entre las personas de 12 a 17 años, del 0,4% entre las de 18 a 25 años,

y < 0,1% entre los mayores de 26 años. La prevalencia es mayor en muestras clínicas de EE. UU. (p. ej., 19 % en adolescentes en tratamiento) y entre grupos selectos de individuos que consumen alucinógenos con frecuencia (p. ej., consumo intenso reciente de éxtasis) en Estados Unidos y Australia, 73,5 % de los adultos y 77 % de los adolescentes tienen un patrón de consumo problemático que puede cumplir otros criterios de trastorno por consumo de alucinógenos.

Desarrollo y evolución

Se desconoce la prevalencia del trastorno por consumo de otros alucinógenos por edad entre los adolescentes. Entre los adultos estadounidenses de 18 años o más, la mayoría (90%) de aquellos con otro trastorno por consumo de alucinógenos tienen entre 18 y 29 años, lo que sugiere que el trastorno no suele ser persistente y se concentra en adultos jóvenes.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Temperamental.

El uso de alucinógenos específicos (es decir, éxtasis, salvia) se ha relacionado con niveles altos

Machine Translated by Google

la búsqueda de sensaciones.

Ambiental. Según investigaciones realizadas en los Estados Unidos, los factores de riesgo ambientales de otros trastornos por consumo de alucinógenos incluyen mayores ingresos, menor educación, nunca estar casado y residir en áreas urbanas. El inicio temprano del consumo de alucinógenos también se ha relacionado con la transición al trastorno por consumo de alucinógenos. El consumo de otras drogas por parte de pares también está altamente asociado con el consumo de éxtasis y salvia.

Genético y fisiológico. Entre los gemelos varones, se ha estimado que la variación total debida a la genética aditiva oscila entre el 26% y el 79%, con evidencia inconsistente de influencias ambientales compartidas.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

Históricamente, los alucinógenos se han utilizado como parte de prácticas religiosas o espirituales establecidas, como el uso de peyote en la Iglesia nativa americana y en México. El uso ritual por parte de poblaciones indígenas de psilocibina obtenida de ciertos tipos de hongos se ha producido en América del Sur, México y algunas zonas de Estados Unidos, o de ayahuasca en los grupos religiosos Santo Daime y União de Vegetal.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Entre los adolescentes estadounidenses, los niños tienen mayores tasas de prevalencia en 12 meses de consumo de otros alucinógenos que las niñas, y estas diferencias de género se extienden a alucinógenos específicos, incluidos el LSD, la MDMA, la psilocibina y la salvia divinorum. Entre los adultos estadounidenses, el 60% de las personas con otros trastornos por consumo de alucinógenos son hombres. La investigación internacional sugiere que las mujeres a las que se les administra MDMA pueden tener mayores efectos subjetivos, como alteración del estado de conciencia, ansiedad y depresión. No se dispone de información de estudios internacionales sobre las diferencias de género en otros trastornos por consumo de alucinógenos.

Marcadores de diagnóstico

Las pruebas de laboratorio pueden ser útiles para distinguir entre los diferentes alucinógenos. Sin embargo, debido a que algunos agentes (p. ej., LSD) son tan potentes que tan sólo 75 microgramos pueden producir reacciones graves, el examen toxicológico típico no siempre revelará qué sustancia se ha utilizado.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de otros alucinógenos

Aunque no existe información suficiente para observar claramente las consecuencias funcionales de otros trastornos por consumo de alucinógenos, se han observado complicaciones por el consumo de estas sustancias.

identificado. Los efectos adversos del uso de otros alucinógenos incluyen aquellos relacionados con la intoxicación, como hipertermia, taquiarritmias cardíacas, hipernatremia neumotórax, falta de coordinación motora, nistagmo, inquietud, alucinaciones/delirios, midriasis, aumento del estado de alerta y presión arterial alta. Otras reacciones más graves relacionadas con las consecuencias del uso repetido de otros alucinógenos incluyen insuficiencia renal, insuficiencia hepática, convulsiones, infarto cerebral, rabdomiólisis,

Machine Translated by Google

complicaciones cardiacas y hepatotoxicidad.

Hay pruebas de efectos neurotóxicos persistentes del consumo de MDMA/éxtasis, incluidos deterioros de la memoria, la función psicológica y la función neuroendocrina; disfunción del sistema serotoninérgico; y alteración del sueño; así como efectos adversos sobre la microvasculatura cerebral, la maduración de la materia blanca y el daño a los axones.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos por sustancias. Los efectos del consumo de alucinógenos deben distinguirse de los de otras sustancias (p. ej., trastorno por consumo de anfetaminas, abstinencia de alcohol o sedantes), especialmente porque la contaminación de los alucinógenos con otras drogas es relativamente común.

Intoxicación por alucinógenos y trastornos mentales inducidos por alucinógenos. El trastorno por consumo de alucinógenos se diferencia de la intoxicación por alucinógenos y de los trastornos mentales inducidos por alucinógenos (p. ej., trastorno psicótico inducido por alucinógenos) en que el trastorno por consumo de alucinógenos describe un patrón problemático de consumo de alucinógenos que implica un control deficiente sobre el consumo de alucinógenos, un deterioro social atribuible al consumo de alucinógenos, el consumo riesgoso de alucinógenos (p. ej., conducir en estado de ebriedad) y los síntomas farmacológicos (el desarrollo de tolerancia), mientras que la intoxicación por alucinógenos y los trastornos mentales inducidos por alucinógenos describen síndromes psiquiátricos que ocurren en el contexto de un consumo intenso. La intoxicación por alucinógenos y los trastornos mentales inducidos por alucinógenos ocurren con frecuencia en personas con trastorno por consumo de alucinógenos. En tales casos, se debe realizar un diagnóstico de intoxicación por alucinógenos o de un trastorno mental inducido por alucinógenos, además de un diagnóstico de trastorno por consumo de alucinógenos, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Trastornos mentales independientes. Algunos de los efectos del consumo de alucinógenos pueden parecerse a los síntomas de trastornos psiquiátricos independientes, como la esquizofrenia y los trastornos depresivos y bipolares. Discernir si los síntomas ocurrieron antes de la ingesta del fármaco es importante para diferenciar los efectos agudos del fármaco de un trastorno mental preexistente. En particular, se debe descartar la esquizofrenia, ya que algunos individuos afectados (p. ej., individuos con esquizofrenia que presentan paranoia) pueden atribuir falsamente sus síntomas al uso de alucinógenos.

Comorbilidad El

trastorno por consumo de otros alucinógenos está altamente asociado con el trastorno por consumo de cocaína, el trastorno por consumo de estimulantes, el trastorno por consumo de otras sustancias, el trastorno por consumo de tabaco (nicotina), cualquier trastorno de la personalidad, el trastorno de estrés postraumático y los ataques de pánico.

Intoxicación por fenciclidina

Criterios de diagnóstico

A. Uso reciente de fenciclidina (o una sustancia farmacológicamente similar).

B. Cambios conductuales problemáticos clínicamente significativos (p. ej., beligerancia,

Machine Translated by Google

agresividad, impulsividad, imprevisibilidad, agitación psicomotora, deterioro del juicio) que se desarrollaron durante o poco después del uso de fenciclidina.

C. En 1 hora, dos (o más) de los siguientes signos o síntomas:

Nota: Cuando la droga se fuma, se "esnifa" o se usa por vía intravenosa, la aparición puede ser particularmente rápida.

1. Nistagmo vertical u horizontal.
2. Hipertensión o taquicardia.
3. Entumecimiento o disminución de la capacidad de respuesta al dolor.
4. Ataxia.
5. Disartria.
6. Rigidez muscular.
7. Convulsiones o coma.
8. Hiperacusia.

D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación por otra sustancia.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende de si existe un trastorno comórbido por consumo de fenciclidina. Si hay comorbilidad de un trastorno leve por consumo de fenciclidina, el código CIE-10-CM es F16.120, y si hay comorbilidad de un trastorno moderado o grave por consumo de fenciclidina, el código CIE-10-CM es F16.220. Si no existe un trastorno comórbido por consumo de fenciclidina, entonces el código ICD-10-CM es F16.920.

Nota: Además de la sección "Consecuencias funcionales de la intoxicación por fenciclidina", consulte la sección correspondiente en Trastorno por consumo de fenciclidina.

Características diagnósticas

La intoxicación por fenciclidina refleja los cambios de comportamiento clínicamente significativos que ocurren poco después de la ingestión de esta sustancia (o una sustancia farmacológicamente similar). Las presentaciones clínicas más comunes de la intoxicación por fenciclidina incluyen desorientación; confusión sin alucinaciones; nistagmo; entumecimiento o disminución de la capacidad de respuesta al dolor; ataxia; disartria; rigidez muscular; hiperacusia; y coma de diversa gravedad. Otros cambios de comportamiento clínicamente significativos asociados con la intoxicación por fenciclidina incluyen comportamiento violento, agitación extrema, delirios de persecución, euforia, amnesia retrógrada e hipertensión.

Predominio

El uso de fenciclidina o sustancias relacionadas (p. ej., ketamina) puede tomarse como una estimación de la prevalencia de la intoxicación. El uso de fenciclidina es raro: <0,1 % de la población estadounidense de 12 años o más informó haber consumido más de 12 meses en 2018. En encuestas de estudiantes y adultos jóvenes de EE. UU. seguidos desde la escuela secundaria, la prevalencia del uso de ketamina en los últimos 12 meses, que se evalúa

Machine Translated by Google

por separado de otras sustancias, se estimó en aproximadamente el 1,2% entre los estudiantes de 12º grado y el 0,5% entre los adultos jóvenes de 19 a 28 años.

Marcadores de diagnóstico Las pruebas de laboratorio pueden ser útiles, ya que la fenciclidina es detectable en la orina hasta 8 días después de su uso, aunque los niveles están sólo débilmente asociados con la presentación clínica de un individuo y, por lo tanto, pueden no ser útiles para el manejo de casos. Los niveles de creatina fosfoquinasa y aspartato aminotransferasa pueden estar elevados.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por fenciclidina La intoxicación por fenciclidina produce una extensa toxicidad cardiovascular y neurológica (p. ej., convulsiones, distonías, discinesias, catalepsia, hipotermia o hipertermia).

Diagnóstico diferencial En particular, en ausencia de pruebas de la realidad intacta (es decir, sin percepción de que las anomalías perceptuales son inducidas por fármacos), se debe considerar un diagnóstico adicional de trastorno psicótico inducido por fenciclidina.

Intoxicación por otras sustancias. La intoxicación por fenciclidina debe diferenciarse de la intoxicación por otras sustancias, incluidos otros alucinógenos; anfetamina, cocaína u otros estimulantes; y anticolinérgicos, así como abstinencia de benzodiazepinas. El nistagmo y el comportamiento extraño y violento pueden distinguir la intoxicación por fenciclidina de la debida a otras sustancias. Las pruebas toxicológicas pueden ser útiles para hacer esta distinción. Sin embargo, la débil correlación entre los niveles toxicológicos cuantitativos de fenciclidina y la presentación clínica puede disminuir la utilidad de los hallazgos de laboratorio para el tratamiento del paciente.

Trastornos mentales inducidos por fenciclidina. La intoxicación por fenciclidina se distingue de los trastornos mentales inducidos por fenciclidina (p. ej., trastorno depresivo inducido por fenciclidina, que comienza durante la intoxicación) porque los síntomas (p. ej., estado de ánimo deprimido) en estos últimos trastornos exceden a los asociados habitualmente con la intoxicación por fenciclidina, predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica.

Otras condiciones médicas. Las condiciones médicas a considerar incluyen ciertos trastornos metabólicos como hipoglucemia e hiponatremia, tumores del sistema nervioso central, trastornos convulsivos, sepsis, síndrome neuroléptico maligno e insultos vasculares.

Comorbilidad Dada la superposición típica de la intoxicación por fenciclidina con el trastorno por consumo de fenciclidina, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de fenciclidina para obtener más detalles sobre las afecciones concurrentes que probablemente se presenten.

Otra intoxicación por alucinógenos

Machine Translated by Google

Criterios de diagnóstico

A. Uso reciente de un alucinógeno (que no sea fenciclidina).

B. Cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (p. ej., marcada ansiedad o depresión, ideas de referencia, miedo a "perder la cabeza", ideación paranoica, deterioro del juicio) que se desarrollaron durante o poco después del uso de alucinógenos.

C. Cambios perceptivos que ocurren en un estado de vigilia y alerta total (p. ej., intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones, sinestesias) que se desarrollaron durante o poco después del uso de alucinógenos.

D. Dos (o más) de los siguientes signos que se desarrollan durante o poco después del uso de alucinógenos: 1.

Dilatación pupilar.

2. Taquicardia.
3. Sudación.
4. Palpitaciones.
5. Visión borrosa.
6. Temblores.
7. Descoordinación.

E. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación por otra sustancia.

Nota de codificación: el código CIE-10-CM depende de si existe un trastorno comórbido por consumo de alucinógenos. Si hay comorbilidad de un trastorno por consumo de alucinógenos leve, el código CIE-10-CM es F16.120, y si hay comorbilidad de un trastorno por consumo de alucinógenos moderado o grave, el código CIE-10-CM es F16.220. Si no existe un trastorno comórbido por consumo de alucinógenos, entonces el código ICD-10-CM es F16.920.

Nota: Para obtener información sobre características asociadas y cuestiones de diagnóstico relacionadas con el cultivo, consulte las secciones correspondientes en Trastorno por consumo de otros alucinógenos.

Características diagnósticas

La intoxicación por otros alucinógenos refleja los cambios conductuales o psicológicos clínicamente significativos que ocurren poco después de la ingestión de un alucinógeno. Dependiendo del alucinógeno específico, la intoxicación puede durar sólo unos minutos (p. ej., con la salvia) o varias horas o más (p. ej., con LSD [dietilamida del ácido lisérgico] o MDMA [3,4-metilendioximetanfetamina]).

Predominio

Machine Translated by Google

La prevalencia de la intoxicación por otros alucinógenos no se conoce completamente, pero puede estimarse en función de la prevalencia del uso de esas sustancias. En 2018, el 1,5% de las personas de entre 12 y 17 años en los Estados Unidos informaron haber consumido alucinógenos en el último año; entre las personas de 18 a 25 años, la tasa fue del 6,9%, y entre las de 26 años o más, la tasa fue del 1,3%. Las tasas fueron consistentemente más altas para los niños y los hombres que para las niñas y las mujeres en todos los grupos de edad.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas La intoxicación por otros alucinógenos puede provocar un aumento de pensamientos o comportamientos suicidas, aunque el suicidio es poco común entre las personas que consumen alucinógenos. Es de destacar que un estudio de más de 135.000 adultos estadounidenses seleccionados al azar, incluidos más de 19.000 individuos que consumen psicodélicos, no encontró evidencia, después de ajustar por factores sociodemográficos, consumo de otras drogas y depresión infantil, de que el consumo de psicodélicos a lo largo de la vida sea un factor de riesgo independiente. para problemas de salud mental, pensamientos suicidas o intentos de suicidio. Además, una gran encuesta de población estadounidense encontró que un historial de consumo de alucinógenos en la vida se asociaba con menores probabilidades de sufrir angustia mental y pensamientos o conductas suicidas, aunque de este estudio no se puede inferir una relación causal entre drogas alucinógenas y una menor angustia. Sobre la base de estos hallazgos, la relación entre el consumo de otros alucinógenos y los pensamientos y conductas suicidas es incierta.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por otros alucinógenos La intoxicación por otros alucinógenos puede tener consecuencias graves. Las alteraciones de la percepción y el deterioro del juicio asociados con la intoxicación por otros alucinógenos pueden provocar lesiones o muertes por accidentes automovilísticos, peleas físicas o autolesiones no intencionales (p. ej., cortes o caídas debido a una percepción deficiente de la profundidad). Cuando se consumen otros alucinógenos en combinación con otras drogas (incluido el alcohol), puede producirse coma, cuya duración y profundidad son mayores que cuando se toman otros alucinógenos solos. El uso continuo de alucinógenos, en particular MDMA, también se ha relacionado con efectos neurotóxicos. Los efectos adversos del uso de otros alucinógenos incluyen hipertermia, taquiarritmias cardíacas, hipernatremia neumotórax, falta de coordinación motora, nistagmo, inquietud, alucinaciones/delirios, midriasis, aumento del estado de alerta y presión arterial alta. Las reacciones más graves incluyen insuficiencia renal, insuficiencia hepática, convulsiones, infarto cerebral, rabdomiólisis, complicaciones cardíacas y hepatotoxicidad.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por otras sustancias. La intoxicación por otros alucinógenos debe diferenciarse de la intoxicación por sustancias tipo anfetamina, cocaína u otros estimulantes; anticolinérgicos, inhalantes y fenciclidina. Las pruebas toxicológicas son útiles para hacer esta distinción y también puede ser útil determinar la vía de administración.

Otras condiciones. Otros trastornos y afecciones a considerar incluyen esquizofrenia, depresión, abstinencia de otras drogas (p. ej., sedantes, alcohol), ciertos trastornos metabólicos (p. ej., hipoglucemia), trastornos convulsivos, tumores del sistema nervioso central e insultos vasculares.

Trastorno de percepción persistente de alucinógenos. La intoxicación por otros alucinógenos se distingue de

Machine Translated by Google

Trastorno de percepción persistente de alucinógenos porque los síntomas en este último continúan de forma episódica o continua durante semanas (o más) después de la intoxicación más reciente.

Trastornos mentales inducidos por alucinógenos. La intoxicación por otros alucinógenos se distingue de los trastornos mentales inducidos por alucinógenos (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos, que comienza durante la intoxicación) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en estos últimos trastornos son superiores a los asociados habitualmente con la intoxicación por otros alucinógenos. en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica independiente.

Comorbilidad Dada

la superposición típica de la intoxicación por otros alucinógenos con el trastorno por consumo de otros alucinógenos, consulte “Comorbilidad” en Trastorno por consumo de otros alucinógenos para obtener más detalles sobre las afecciones concurrentes que probablemente se presenten.

Trastorno de percepción persistente alucinógeno

Criterios de diagnóstico	F16.983

A. Después del cese del uso de un alucinógeno, la reexperimentación de uno o más de los síntomas perceptivos que se experimentaron mientras se estaba intoxicado con el alucinógeno (p. ej., alucinaciones geométricas, percepciones falsas de movimiento en los campos visuales periféricos, destellos de color, colores intensificados). , rastros de imágenes de objetos en movimiento, imágenes residuales positivas, halos alrededor de objetos, macropsia y micropsia).

B. Los síntomas del Criterio A causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas no son atribuibles a otra afección médica (p. ej., lesiones anatómicas e infecciones del cerebro, epilepsias visuales) y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., delirio, trastorno neurocognitivo mayor, esquizofrenia) o alucinaciones hipnopómpicas.

Características diagnósticas La

característica distintiva del trastorno de percepción persistente de alucinógenos es la reexperimentación, cuando el individuo está sobrio, de las alteraciones de percepción que experimentó mientras estaba intoxicado con el alucinógeno (Criterio A). Los síntomas pueden incluir cualquier perturbación perceptiva, pero las alteraciones visuales tienden a ser predominantes. Típico de las percepciones visuales anormales son las alucinaciones geométricas, percepciones falsas de

movimiento en los campos visuales periféricos, destellos de color, colores intensificados, rastros de imágenes de objetos en movimiento (es decir, imágenes dejadas suspendidas en el camino de un objeto en movimiento como se ve en imágenes estroboscópicas).

Machine Translated by Google

fotografía), percepciones de objetos completos, nieve visual, imágenes residuales positivas (es decir, una “sombra” del mismo color o de un color complementario de un objeto que queda después de retirar el objeto), halos alrededor de los objetos o percepción errónea de imágenes como demasiado grandes (macropsia) o demasiado pequeña (micropsia). La duración de las alteraciones visuales puede ser episódica o casi continua y debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio B). Los disturbios pueden durar semanas, meses o años. Deben descartarse otras explicaciones de las alteraciones (p. ej., lesiones cerebrales, psicosis preexistente, trastornos convulsivos, aura de migraña sin dolores de cabeza) (Criterio C).

El trastorno de percepción persistente de alucinógenos ocurre principalmente después del uso de LSD (dietilamida del ácido lisérgico), pero no exclusivamente. No parece haber una fuerte correlación entre el trastorno de percepción persistente de alucinógenos y el número de ocasiones de consumo de alucinógenos; algunos casos de trastorno de percepción persistente de alucinógenos ocurren en personas con exposición mínima a los alucinógenos. Algunos casos de trastorno de percepción persistente de alucinógenos pueden desencadenarse por el uso de otras sustancias (p. ej., cannabis o alcohol), la adaptación a ambientes oscuros, el ejercicio y la exposición al ruido y la fotofobia.

Funciones asociadas

La prueba de la realidad permanece intacta en individuos con trastorno de percepción persistente de alucinógenos (es decir, el individuo es consciente de que la alteración está relacionada con el efecto de la droga). Si este no es el caso, otro trastorno podría explicar mejor las percepciones anormales.

Predominio

Se desconocen las estimaciones de prevalencia del trastorno de percepción persistente de alucinógenos. Las estimaciones iniciales de prevalencia del trastorno entre personas que consumen alucinógenos son aproximadamente del 4,2%.

Desarrollo y evolución

Poco se sabe sobre el desarrollo del trastorno de percepción persistente por alucinógenos. Su curso, como sugiere su nombre, es persistente y dura semanas, meses o incluso años en ciertos individuos.

Factores de riesgo y pronóstico

Hay poca evidencia sobre los factores de riesgo para el trastorno de percepción persistente de alucinógenos, aunque se han sugerido factores genéticos como una posible explicación subyacente a la susceptibilidad a los efectos del LSD en esta condición.

Consecuencias funcionales de la percepción persistente de alucinógenos Trastorno

Aunque el trastorno de percepción persistente de alucinógenos sigue siendo una afección crónica en algunos casos, muchas personas que lo padecen pueden suprimir las alteraciones y continuar funcionando normalmente.

Diagnóstico diferencial

Machine Translated by Google

Las condiciones que deben descartarse incluyen esquizofrenia, otros efectos de drogas, trastornos neurodegenerativos, accidentes cerebrovasculares, tumores cerebrales, infecciones y traumatismos craneoencefálicos. Los resultados de las neuroimágenes en los casos de trastorno de percepción persistente de alucinógenos suelen ser negativos. Como se señaló anteriormente, la prueba de la realidad permanece intacta (es decir, el individuo es consciente de que la perturbación está vinculada a la realidad).

efecto de la droga); si este no es el caso, otro trastorno (p. ej., trastorno psicótico, otra afección médica) podría explicar mejor las percepciones anormales.

Comorbilidad Los

trastornos mentales comórbidos comunes que acompañan al trastorno de percepción persistente de alucinógenos son el trastorno de pánico, el trastorno por consumo de alcohol, el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar I y los trastornos del espectro de la esquizofrenia.

Trastornos mentales inducidos por fenciclidina

Otros trastornos mentales inducidos por fenciclidina se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (consulte los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por fenciclidina (“Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”); trastorno bipolar y relacionado inducido por fenciclidina (“Trastornos bipolares y relacionados”); trastorno depresivo inducido por fenciclidina (“Trastornos depresivos”); y trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina (“Trastornos de ansiedad”). Para el delirio por intoxicación inducida por fenciclidina y el delirio inducido por ketamina tomada según lo prescrito, consulte los criterios y la discusión sobre el delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". Estos trastornos mentales inducidos por fenciclidina se diagnostican en lugar de la intoxicación por fenciclidina sólo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica independiente.

Trastornos mentales inducidos por alucinógenos

Los siguientes otros trastornos mentales inducidos por alucinógenos se describen en otros capítulos del manual junto con trastornos con los que comparten fenomenología (consulte los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): otros trastornos psicóticos inducidos por alucinógenos (“Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos”). Desórdenes psicóticos"); otros trastornos bipolares y relacionados inducidos por alucinógenos (“Trastornos bipolares y relacionados”); otro trastorno depresivo inducido por alucinógenos (“Trastornos depresivos”); y otros trastornos de ansiedad inducidos por alucinógenos (“Trastornos de ansiedad”). Para el delirio por intoxicación por otros alucinógenos y el delirio inducido por otros alucinógenos tomados según lo prescrito, consulte los criterios y la discusión sobre el delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". Estos trastornos mentales inducidos por alucinógenos se diagnostican en lugar de otras intoxicaciones por alucinógenos sólo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Trastorno no especificado relacionado con la fenciclidina

Machine Translated by Google

F16.99

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con la fenciclidina que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno específico relacionado con la fenciclidina o cualquier de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adicciones.

Trastorno relacionado con alucinógenos no especificados

F16.99

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con alucinógenos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno relacionado con alucinógenos específico o cualquier de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adicciones.

Trastornos relacionados con inhalantes

Trastorno por consumo de inhalantes

Intoxicación por inhalantes

Trastornos mentales inducidos por inhalantes

Trastorno no especificado relacionado con inhalantes

Trastorno por consumo de inhalantes

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón problemático de uso de una sustancia inhalable a base de hidrocarburos que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. La

sustancia inhalable a menudo se toma en grandes cantidades. cantidades o durante un período más largo período del previsto.

2. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos por reducir o controlar el consumo.

Machine Translated by Google

de la sustancia inhalable.

3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para obtener el inhalante. sustancia, utilizarla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansia, o un fuerte deseo o necesidad de usar la sustancia inhalante.
5. Uso recurrente de la sustancia inhalable que resulte en el incumplimiento de importantes obligaciones de rol en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Uso continuado de la sustancia inhalable a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de su uso.
7. Se abandonan o reducen actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes debido al uso de la sustancia inhalable.
8. Uso recurrente de la sustancia inhalable en situaciones en las que está físicamente peligroso.
9. El uso de la sustancia inhalable continúa a pesar de saber que tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, según lo definido por cualquiera de los siguientes:
    a. Una necesidad de cantidades notablemente mayores de la sustancia inhalable para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
    b. Un efecto notablemente disminuido con el uso continuo de la misma cantidad de la sustancia inhalable.

Especifique el inhalante en particular: cuando sea posible, se debe nombrar la sustancia particular involucrada (p. ej., “trastorno por uso de solventes”).

Especifique

si: En remisión temprana: Después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de inhalantes, no se ha cumplido ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de inhalantes durante al menos 3 meses, pero menos de 12 meses (con la excepción del Criterio A4, “Ansia de fumar”). , o un fuerte deseo o impulso de usar la sustancia inhalante”, puede satisfacerse).

En remisión sostenida: Después de que se cumplieron todos los criterios para el trastorno por consumo de inhalantes, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de inhalantes se ha cumplido en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción del Criterio A4, “Anhelo o deseo de inhalar”). fuerte deseo o necesidad de usar la sustancia inhalante”, puede satisfacerse).

Especificar

si: En un ambiente controlado: Este especificador adicional se utiliza si el individuo se encuentra en un ambiente donde el acceso a sustancias inhalables está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si también está presente una intoxicación por inhalantes u otro trastorno mental inducido por inhalantes, no utilice los códigos siguientes para el trastorno por consumo de inhalantes. En cambio, el trastorno comórbido por consumo de inhalantes está indicado en el

Machine Translated by Google

Cuarto carácter del código de trastorno inducido por inhalantes (consulte la nota de codificación para intoxicación por inhalantes o un trastorno mental inducido por inhalantes específico). Por ejemplo, si hay un trastorno depresivo inducido por inhalantes y un trastorno por consumo de inhalantes comórbidos, solo se proporciona el código de trastorno depresivo inducido por inhalantes, y el cuarto carácter indica si el trastorno por consumo de inhalantes comórbido es leve, moderado o grave: F18.14 para un trastorno leve por consumo de inhalantes con trastorno depresivo inducido por inhalantes o F18.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de inhalantes con trastorno depresivo inducido por inhalantes.

Especifique la gravedad/remisión actual:

F18.10 Leve: Presencia de 2 a 3 síntomas.

F18.11 Leve, en remisión temprana F18.11

Leve, en remisión sostenida F18.20 Moderado:

Presencia de 4 a 5 síntomas.

F18.21 Moderado, en remisión temprana F18.21

Moderado, en remisión sostenida F18.20 Grave:

Presencia de 6 o más síntomas.

F18.21 Grave, en remisión temprana F18.21

Grave, en remisión sostenida

Los especificadores

"En un ambiente controlado" se aplican como un especificador adicional de remisión si el individuo se encuentra tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado). Ejemplos de estos entornos son las cárceles libres de sustancias y estrechamente supervisadas, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave.

La gravedad del trastorno por consumo de inhalantes de los individuos se evalúa mediante el número de criterios de diagnóstico respaldados. Los cambios en la gravedad del trastorno por consumo de inhalantes de los individuos a lo largo del tiempo se reflejan en reducciones en la frecuencia (p. ej., días de uso por mes) y/o dosis (p. ej., tubos de pegamento por día) utilizados, según lo evaluado por el autoinforme del individuo. de otros, observaciones del médico y pruebas biológicas (cuando sea práctico).

Características de diagnóstico

Ejemplos de sustancias inhalables incluyen hidrocarburos volátiles, que comprenden gases tóxicos de pegamentos, combustibles, pinturas y otros compuestos volátiles. Cuando sea posible, el

se debe nombrar la sustancia particular involucrada (p. ej., “trastorno por consumo de tolueno”). Sin embargo, la mayoría de los compuestos que se inhalan son una mezcla de varias sustancias que pueden producir efectos psicoactivos y, a menudo, es difícil determinar la sustancia exacta responsable del trastorno.

A menos que haya evidencia clara de que se ha usado una sola sustancia sin mezclar, se debe utilizar el término general inhalante para registrar el diagnóstico. Los trastornos derivados de la inhalación de óxido nitroso o de nitrito de amilo, butilo o isobutil se consideran uso de otras sustancias (o sustancias desconocidas).

Machine Translated by Google

trastorno.

Las características del trastorno por consumo de inhalantes incluyen el uso repetido de una sustancia inhalable a pesar de que el individuo sabe que la sustancia le está causando problemas graves (Criterio A9). Esos problemas se reflejan en los criterios diagnósticos.

Faltar al trabajo o a la escuela o la incapacidad para realizar responsabilidades típicas en el trabajo o la escuela (Criterio A5) y el uso continuo de la sustancia inhalable aunque cause discusiones con familiares o amigos, peleas y otros problemas sociales o interpersonales (Criterio A6), pueden observarse en el trastorno por consumo de inhalantes. También puede ocurrir limitar el contacto familiar, las obligaciones laborales o escolares, o las actividades recreativas (p. ej., deportes, juegos, pasatiempos) (Criterio A7). También se observa el uso de inhalantes al conducir u operar equipos peligrosos (Criterio A8).

Aproximadamente el 10% de las personas que usan inhalantes reportan tolerancia (Criterio A10). Debido a que no se ha establecido un síndrome de abstinencia clínicamente significativo con el uso de inhalantes, no se incluye ni un diagnóstico de abstinencia de inhalantes ni un criterio de diagnóstico correspondiente para las quejas de abstinencia por trastorno por consumo de inhalantes. Sin embargo, los síntomas de abstinencia pueden ocurrir entre consumidores de inhalantes y personas con trastorno por consumo de inhalantes de moderado a grave, y estos síntomas parecen ser similares en frecuencia a los síntomas de abstinencia entre aquellos con trastorno por consumo de cocaína de moderado a grave.

Funciones asociadas

El diagnóstico de trastorno por consumo de inhalantes se apoya en episodios recurrentes de intoxicación con resultados negativos en las pruebas de detección de drogas estándar (que no detectan inhalantes); posesión u olores persistentes de sustancias inhalables; “erupción por inhalación de pegamento” perioral o perinasal; asociación con otras personas que se sabe que usan inhalantes; pertenencia a grupos con uso prevalente de inhalantes (p. ej., algunas comunidades nativas o aborígenes, niños sin hogar en pandillas callejeras); fácil acceso a determinadas sustancias inhalables; posesión de parafernalia; presencia de las complicaciones médicas características del trastorno (p. ej., patología de la sustancia blanca cerebral, rabdomiolisis); y la presencia de muchos otros trastornos por uso de sustancias. Las personas con trastorno por consumo de inhalantes pueden presentar síntomas de anemia perniciosa, degeneración combinada subaguda de la médula espinal, trastorno neurocognitivo mayor o leve, atrofia cerebral, leucoencefalopatía y muchos otros trastornos del sistema nervioso.

Predominio

Alrededor del 2,3% de los jóvenes estadounidenses de 12 a 17 años han consumido inhalantes en los últimos 12 meses, y el 0,1% tiene un patrón de uso que cumple con los criterios del trastorno por consumo de inhalantes. Entre los adultos estadounidenses de 18 años o más, la prevalencia del uso de inhalantes en los últimos 12 meses es aproximadamente del 0,21%, y el 0,04% tiene un patrón de uso que cumple con los criterios de un trastorno por uso de inhalantes. Entre los jóvenes, la prevalencia del uso de inhalantes en los últimos 12 meses es más alta entre los blancos no hispanos y las personas que reportan más de una identidad racializada y la más baja entre los indios americanos/nativos de Alaska. Las tasas de prevalencia de doce meses de consumo de inhalantes y trastornos por consumo de inhalantes entre adultos son más altas entre los blancos no hispanos y más bajas entre los negros no hispanos y los indios americanos/nativos de Alaska.

Desarrollo y curso

Machine Translated by Google

La prevalencia decreciente en los Estados Unidos del consumo de inhalantes y del trastorno por consumo de inhalantes después de la adolescencia (del 2,3% durante la adolescencia al 0,1% en la edad adulta temprana para el consumo de inhalantes y del 0,1% al 0,04% para el trastorno por consumo de inhalantes) indica que el trastorno generalmente

remite en la edad adulta temprana. El trastorno por consumo de inhalantes es poco común en niños prepúberes, más común en adolescentes y adultos jóvenes y poco común en personas mayores. Las llamadas a los centros de control de intoxicaciones por "abuso intencional" de inhalantes alcanzan su punto máximo con llamadas que involucran a personas de 14 años. Aquellos con un trastorno por consumo de inhalantes que se extiende hasta la edad adulta demuestran un inicio más temprano del consumo de inhalantes, el uso de múltiples inhalantes y un uso más frecuente de inhalantes.

Factores de Riesgo y Pronóstico Temperamental.

Los predictores del trastorno por consumo de inhalantes incluyen la búsqueda de sensaciones y la impulsividad.

Ambiental. Los gases inhalables están ampliamente disponibles de forma legal, lo que aumenta el riesgo de uso indebido. El maltrato o trauma infantil también se asocia con la progresión juvenil desde la falta de uso de inhalantes hasta el trastorno por uso de inhalantes.

Genético y fisiológico. La desinhibición conductual es una propensión general altamente hereditaria a no restringir el comportamiento de maneras socialmente aceptables, a romper normas y reglas sociales y a asumir riesgos peligrosos, persiguiendo recompensas excesivas a pesar del peligro de consecuencias adversas. Los jóvenes con una fuerte desinhibición conductual muestran factores de riesgo para el trastorno por uso de inhalantes: trastorno por uso de sustancias de aparición temprana, participación de múltiples sustancias y problemas de conducta tempranos. Debido a que la desinhibición conductual está bajo una fuerte influencia genética, los jóvenes de familias con uso de sustancias y comportamientos antisociales tienen un riesgo elevado de sufrir un trastorno por uso de inhalantes.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura A nivel

internacional, ciertas comunidades indígenas aisladas han experimentado una alta prevalencia de problemas de inhalantes. Además, en algunos países de ingresos bajos y medianos, los grupos de niños sin hogar que viven en las calles tienen grandes problemas de uso de inhalantes debido a los efectos de la pobreza y la disponibilidad y asequibilidad de las sustancias, y como una forma de hacer frente a la falta de hogar.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Aunque la prevalencia

del trastorno por consumo de inhalantes en los últimos 12 meses en los Estados Unidos es casi idéntica entre los adolescentes varones y niñas, el trastorno es muy raro entre las mujeres adultas.

Marcadores de diagnóstico Las

pruebas de orina, aliento o saliva pueden ser valiosas para evaluar el uso simultáneo de sustancias no inhalables por parte de personas con trastorno por consumo de inhalantes. Sin embargo, los problemas técnicos y el considerable coste de los análisis hacen que las pruebas biológicas frecuentes de los inhalantes no sean prácticas.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Machine Translated by Google

En los Estados Unidos, el consumo de inhalantes en adolescentes y adultos y el trastorno por consumo de inhalantes se asocian con pensamientos y comportamientos suicidas, especialmente entre personas que reportan síntomas de ansiedad y depresión e historias de trauma.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de inhalantes Debido a la toxicidad inherente, el uso de inhalantes puede ser mortal. La muerte puede ocurrir por anoxia, disfunción cardíaca, reacción alérgica extrema, lesión grave de los pulmones, vómitos, accidentes o lesiones o depresión del sistema nervioso central. Además, cualquier hidrocarburo volátil inhalado puede producir "muerte súbita por inhalación" debido a arritmia cardíaca. El uso de inhalantes perjudica la función neuroconductual y causa diversos problemas neurológicos, gastrointestinales, cardiovasculares y pulmonares.

Los consumidores de inhalantes a largo plazo tienen un mayor riesgo de contraer tuberculosis, VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, depresión, ansiedad, bronquitis, asma y sinusitis.

Diagnóstico diferencial Exposición a inhalantes (no intencional) por accidentes industriales o de otro tipo. El trastorno sólo se aplica si la exposición al inhalante es intencional.

Un diagnóstico de uso de inhalantes.

Intoxicación por inhalantes, sin cumplir criterios de trastorno por consumo de inhalantes.

La intoxicación por inhalantes ocurre con frecuencia durante el trastorno por uso de inhalantes, pero también puede ocurrir entre personas cuyo uso no cumple con los criterios del trastorno por uso de inhalantes.

La intoxicación por inhalantes cumple los criterios de trastorno por consumo de inhalantes y trastornos mentales inducidos por inhalantes.

El trastorno por consumo de inhalantes se diferencia de la intoxicación por inhalantes y los trastornos mentales inducidos por inhalantes (p. ej., trastorno depresivo inducido por inhalantes) en que el trastorno por consumo de inhalantes describe un patrón problemático de consumo de inhalantes que implica un control deficiente sobre el uso de inhalantes, un deterioro social atribuible al uso de inhalantes, el uso riesgoso de inhalantes (p. ej., el uso de inhalantes a pesar de las complicaciones médicas) y los síntomas farmacológicos (el desarrollo de tolerancia), mientras que la intoxicación por inhalantes y los trastornos mentales inducidos por inhalantes describen síndromes psiquiátricos que se desarrollan en el contexto del uso intensivo. La intoxicación por inhalantes y los trastornos mentales inducidos por inhalantes ocurren con frecuencia en personas con trastorno por consumo de inhalantes. En tales casos, se debe realizar un diagnóstico de intoxicación por inhalantes o de trastorno mental inducido por inhalantes, además de un diagnóstico de trastorno por consumo de inhalantes, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Otros trastornos por uso de sustancias, especialmente aquellos que involucran sustancias sedantes (p. ej., alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos).

El trastorno por consumo de inhalantes suele coexistir con otros trastornos por consumo de sustancias, y los síntomas de los trastornos pueden ser similares y superponerse. Para desentrañar los patrones de síntomas, es útil preguntar qué síntomas persistieron durante los períodos en los que algunas de las sustancias no se consumían.

Comorbilidad Las personas con trastorno por consumo de inhalantes que reciben atención clínica a menudo tienen muchos otros trastornos por consumo de sustancias, estado de ánimo, ansiedad y personalidad. El trastorno por consumo de inhalantes comúnmente acompaña

Machine Translated by Google

Ocurre con el trastorno de conducta en adolescentes y con el trastorno de personalidad antisocial. Las personas con trastorno por consumo de inhalantes pueden tener síntomas comórbidos de daño hepático o renal, rabdomiólisis, metahemoglobinemia o síntomas de otras enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares o pulmonares.

Intoxicación por inhalantes

Criterios de diagnóstico

A. Exposición reciente, intencionada o no intencionada, a dosis altas, a corto plazo, a sustancias inhalantes, incluidos hidrocarburos volátiles como el tolueno o la gasolina.

B. Cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (p. ej., beligerancia, agresividad, apatía, deterioro del juicio) que se desarrollaron durante o poco después de la exposición a inhalantes.

C. Dos (o más) de los siguientes signos o síntomas que se desarrollan durante o poco después después, uso o exposición a inhalantes:

1. Mareos.
2. Nistagmo.
3. Descoordinación.

4. Habla arrastrando las palabras.
5. Marcha inestable.
6. Letargo.
7. Reflejos deprimidos.
8. Retraso psicomotor.
9. Temblor.
10. Debilidad muscular generalizada.
11. Visión borrosa o diplopía.
12. Estupor o coma.
13. Euforia.

D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación por otra sustancia.

Nota de codificación: el código ICD-10-CM depende de si existe un trastorno comórbido por uso de inhalantes. Si un trastorno leve por consumo de inhalantes es comórbido, el código CIE-10-CM es F18.120, y si un trastorno moderado o grave por consumo de inhalantes es comórbido, el código CIE-10-CM es F18.220. Si no existe un trastorno comórbido por uso de inhalantes, entonces el código ICD-10-CM es F18.920.

Machine Translated by Google

Nota: Para obtener información sobre el desarrollo y la evolución, los factores de riesgo y pronóstico, las cuestiones diagnósticas relacionadas con el cultivo y los marcadores de diagnóstico, consulte las secciones correspondientes en Trastorno por consumo de inhalantes.

Características diagnósticas La característica esencial de la intoxicación por inhalantes es la presencia de cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos que se desarrollan durante, o inmediatamente después, la inhalación intencionada o no intencionada de una sustancia de hidrocarburo volátil. Cuando sea posible, se debe nombrar la sustancia particular involucrada (p. ej., intoxicación por tolueno). La intoxicación desaparece entre unos pocos minutos y unas horas después de que finaliza la exposición. Por tanto, la intoxicación por inhalantes suele ocurrir en episodios breves que pueden reaparecer con el uso posterior de inhalantes.

Funciones asociadas

La intoxicación por inhalantes puede estar indicada por evidencia de posesión u olores persistentes de sustancias inhalantes (p. ej., pegamento, diluyente de pintura, gasolina, encendedores de butano); otras características pueden incluir euforia, relajación, dolor de cabeza, taquicardia, confusión, locuacidad, visión borrosa, amnesia, dificultad para hablar, irritabilidad, náuseas, fatiga, ardor en los ojos o la garganta, grandiosidad, dolor en el pecho, alucinaciones auditivas o visuales y disociación.

Predominio

Se desconoce la prevalencia de episodios reales de intoxicación por inhalantes en la población general, pero es probable que la mayoría de los usuarios de inhalantes presenten en algún momento cambios y síntomas conductuales o psicológicos que cumplirían los criterios de intoxicación por inhalantes.
Por lo tanto, la prevalencia del uso de inhalantes y la prevalencia de intoxicación por inhalantes probablemente sean similares. En 2017, el 0,6% de todos los estadounidenses mayores de 12 años informaron sobre el uso de inhalantes en el último año; la prevalencia fue más alta en los grupos de edad más jóvenes (2,3% para personas de 12 a 17 años, 1,6% para personas de 18 a 25 años y 0,3% para personas de 26 años o más).

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Se desconocen las diferencias de género en la prevalencia de intoxicación por inhalantes en la población general. En cuanto a las diferencias de género en la prevalencia del uso de inhalantes en los Estados Unidos

En los estados unidos, el 0,8% de los niños/hombres mayores de 12 años y el 0,5% de las niñas/mujeres mayores de 12 años han consumido inhalantes en el año anterior, pero en los grupos de edad más jóvenes las diferencias son mínimas o las niñas pueden tener una prevalencia ligeramente mayor (p. ej., entre los adolescentes de 12 a 17 años, el 2,4% de las niñas y el 2,2% de los niños han consumido inhalantes en el último año).

Consecuencias funcionales de la intoxicación por inhalantes El uso de sustancias inhaladas en un recipiente cerrado, como una bolsa de plástico sobre la cabeza, puede provocar pérdida del conocimiento, anoxia y muerte. Por otra parte, la “muerte súbita por inhalación”, probablemente por arritmia o paro cardíaco, puede ocurrir con varios inhalantes volátiles. La mayor toxicidad de ciertos

Machine Translated by Google

Los inhalantes volátiles, como el butano o el propano, también causan muertes. Aunque la intoxicación por inhalantes en sí es de corta duración, puede producir problemas médicos y neurológicos persistentes, especialmente si las intoxicaciones son frecuentes. Los correlatos clínicamente significativos de la intoxicación por inhalantes incluyen comportamientos imprudentes (p. ej., tomar riesgos imprudentes, pelearse, tener relaciones sexuales sin protección), comportamientos antisociales (crueldad, daños a la propiedad, arrestos) y accidentes graves.

Diagnóstico diferencial Intoxicación
por otras sustancias, especialmente por sustancias sedantes (p. ej., alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos).
Estos trastornos pueden tener signos y síntomas similares, pero la intoxicación atribuible a otros estupefacientes puede identificarse mediante un examen toxicológico. Diferenciar la fuente de la intoxicación puede implicar discernir evidencia de exposición a inhalantes como se describe para el trastorno por uso de inhalantes. Un diagnóstico de intoxicación por inhalantes puede sugerirse por la posesión o los olores persistentes de sustancias inhalantes (p. ej., pegamento, diluyente de pintura, gasolina, encendedores de butano); posesión de parafernalia (por ejemplo, trapos o bolsas para concentrar los vapores del pegamento); “erupción por inhalación de pegamento” perioral o perinasal; informes de familiares o amigos de que la persona intoxicada posee o usa inhalantes; o intoxicación aparente a pesar de los resultados negativos en las pruebas de detección de drogas estándar (que generalmente no identifican los inhalantes).

Trastornos mentales inducidos por inhalantes. La intoxicación por inhalantes se distingue de los trastornos mentales inducidos por inhalantes (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por inhalantes, que comienza durante la intoxicación) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en estos últimos trastornos exceden a los normalmente asociados con la intoxicación por inhalantes, predominan en el presentación clínica y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica independiente.

Otros trastornos tóxicos, metabólicos, traumáticos, neoplásicos o infecciosos que afectan la función cerebral y la cognición.

Numerosas afecciones neurológicas y otras afecciones médicas pueden producir cambios conductuales o psicológicos clínicamente significativos (p. ej., beligerancia, agresividad, apatía, alteración del juicio) que también caracterizan la intoxicación por inhalantes.

Comorbilidad Dada
la superposición típica de la intoxicación por inhalantes con el trastorno por consumo de inhalantes, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de inhalantes para obtener más detalles sobre las afecciones concurrentes que probablemente se presenten.

Trastornos mentales inducidos por inhalantes

Los siguientes trastornos mentales inducidos por inhalantes se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (consulte los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por inhalantes (“esquizofrenia
espectro y otros trastornos psicóticos”); depresivo inducido por inhalantes

trastorno ("Trastornos depresivos"); trastorno de ansiedad inducido por inhalantes (“Trastornos de ansiedad”); y

Machine Translated by Google

trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por inhalantes (“trastornos neurocognitivos”). Para el delirio por intoxicación por inhalantes, consulte los criterios y la discusión sobre el delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". Estos trastornos mentales inducidos por inhalantes se diagnostican en lugar de la intoxicación por inhalantes sólo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Trastorno no especificado relacionado con inhalantes

F18.99

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con inhalantes que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno relacionado con inhalantes específico o cualquier de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adicciones.

Trastornos relacionados con los opioides

Trastorno por consumo de opioides

Intoxicación por opioides

Abstinencia de opioides

Trastornos mentales inducidos por opioides

Trastorno no especificado relacionado con opioides

Trastorno por consumo de opioides

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón problemático de uso de opioides que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses: 1.

Los opioides a menudo se toman en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que se tomaba destinado.

2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos por reducir o controlar uso de opioides.

3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a actividades necesarias para obtener el opioide, utilizarlo o recuperarse de sus efectos.

Machine Translated by Google

4. Ansia, o fuerte deseo o necesidad de consumir opioides.
5. Uso recurrente de opioides que resulte en el incumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Uso continuo de opioides a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de los opioides.
7. Se abandonan o reducen importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al uso de opioides.

8. Uso recurrente de opioides en situaciones en las que sea físicamente peligroso.
9. Uso continuo de opioides a pesar de saber que tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, según lo definido por cualquiera de los siguientes:
    a. Una necesidad de cantidades notablemente mayores de opioides para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
    b. Un efecto notablemente disminuido con el uso continuo de la misma cantidad de un opioide.

    Nota: No se considera que se cumpla este criterio para quienes toman opioides únicamente bajo supervisión médica adecuada.
11. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes: a. El característico síndrome de abstinencia de opioides (consulte los Criterios A y B de los criterios establecidos para la abstinencia de opioides). b. Los opioides (o una sustancia estrechamente relacionada) se toman para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

    Nota: No se considera que se cumpla este criterio para aquellas personas que toman opioides únicamente bajo supervisión médica adecuada.

Especifique

si: En remisión temprana: después de que se cumplieron todos los criterios para el trastorno por consumo de opioides, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de opioides se cumplió durante al menos 3 meses pero durante menos de 12 meses (con la excepción del Criterio A4, “Ansia por consumir opioides”). , o un fuerte deseo o impulso de consumir opioides”, puede satisfacerse).

En remisión sostenida: Después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de opioides, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de opioides se ha cumplido en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción del Criterio A4, “Ansia o deseo de consumir opioides”). fuerte deseo o necesidad de consumir opioides”, puede satisfacerse).

Especifique si:

En terapia de mantenimiento: este especificador adicional se utiliza si el individuo está tomando un medicamento agonista recetado, como metadona o buprenorfina, y no se ha cumplido ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de opioides para esa clase de tratamiento.

Machine Translated by Google

medicación (excepto tolerancia o abstinencia del agonista). Esta categoría también se aplica a aquellos individuos que reciben tratamiento con un agonista parcial, un agonista/antagonista o un antagonista completo, como naltrexona oral o naltrexona de depósito.

En un entorno controlado: este especificador adicional se utiliza si el individuo se encuentra en un entorno donde el acceso a los opioides está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si también hay intoxicación por opioides, abstinencia de opioides u otro trastorno mental inducido por opioides, no utilice los códigos siguientes para el trastorno por consumo de opioides. En cambio, el trastorno comórbido por consumo de opioides se indica en el cuarto carácter del código de trastorno inducido por opioides (consulte la nota de codificación para intoxicación por opioides, abstinencia de opioides o un trastorno mental inducido por opioides específico). Por ejemplo, si hay un trastorno depresivo inducido por opioides y un trastorno por consumo de opioides comórbidos, solo se proporciona el código del trastorno depresivo inducido por opioides, y el cuarto carácter indica si el trastorno por consumo de opioides comórbido es leve, moderado o grave: F11.14 para un trastorno leve por consumo de opioides con trastorno depresivo inducido por opioides o F11.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de opioides con trastorno depresivo inducido por opioides.

Especifique la gravedad/remisión actual:

F11.10 Leve: Presencia de 2 a 3 síntomas.

F11.11 Leve, en remisión temprana

F11.11 Leve, en remisión sostenida

F11.20 Moderado: Presencia de 4 a 5 síntomas.

F11.21 Moderado, en remisión temprana F11.21

Moderado, en remisión sostenida F11.20 Grave:

Presencia de 6 o más síntomas.

F11.21 Grave, en remisión temprana F11.21

Grave, en remisión sostenida

Especificadores

El especificador de “terapia de mantenimiento” se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está en remisión y recibe terapia de mantenimiento. “En un ambiente controlado” se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado). Ejemplos de estos entornos son las cárceles libres de sustancias y estrechamente supervisadas, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave.

Los cambios en la gravedad a lo largo del tiempo en un individuo también se reflejan en reducciones en la frecuencia (p. ej., días de uso por mes) y/o dosis (p. ej., inyecciones o número de píldoras) de un opioide, según lo evaluado por el autoinforme del individuo. Informe de otras personas conocedoras, del médico.

Machine Translated by Google

observaciones y pruebas biológicas.

Características diagnósticas Los

opioides incluyen opioides naturales (p. ej., morfina, codeína), semisintéticos (p. ej., heroína, oxicodona, hidrocodona, hidromorfona, oximorfona) y sintéticos con acción similar a la morfina (p. ej., metadona, meperidina, tramadol, fentanilo, carfentanilo). . Medicamentos como la pentazocina y la buprenorfina que tienen efectos tanto agonistas como antagonistas de los opiáceos también se incluyen en esta clase porque, especialmente en dosis más bajas, sus propiedades agonistas producen efectos fisiológicos y conductuales similares a los de los agonistas opioides clásicos. Los opioides se recetan como analgésicos, anestésicos, antidiarreicos o supresores de la tos. La heroína es una de las drogas de esta clase que se abusa con mayor frecuencia y generalmente se administra mediante inyección, aunque se puede fumar o "esnifar", especialmente cuando se dispone de heroína muy pura. El fentanilo generalmente se inyecta, tanto con fines médicos como no médicos, y se usa médicamente en formulaciones transdérmicas y transmucosas, mientras que los supresores de la tos y los agentes antidiarreicos se toman por vía oral.

Los demás opioides generalmente se toman tanto por inyección como por vía oral.

El trastorno por consumo de opioides puede surgir de opioides recetados o de opioides ilícitos (p. ej., heroína y, especialmente en los últimos años, opioides sintéticos relacionados con el fentanilo). El trastorno por consumo de opioides consiste en signos y síntomas que reflejan una autoadministración compulsiva y prolongada de sustancias opioides, ya sea para un fin distinto al médico legítimo o para su uso de manera "no médica" (es decir, superando con creces la cantidad prescrita para un uso médico). condición). Por ejemplo, una persona a la que se le han recetado dosis adecuadas de analgésicos opioides para aliviar el dolor y que utiliza una cantidad significativamente mayor de medicación de la prescrita, y no sólo debido al dolor persistente, está utilizando opioides con fines no médicos y puede tener un trastorno por consumo de opioides. La mayoría de las personas con trastorno por consumo de opioides tienen tolerancia y experimentan abstinencia al suspender o reducir abruptamente el consumo de opioides. De manera similar a los procesos que ocurren con otras sustancias psicoactivas, los individuos con trastorno por consumo de opioides a menudo desarrollan respuestas condicionadas a estímulos relacionados con las drogas (p. ej., ansia reactiva al ver imágenes o parafernalia de drogas). Estas respuestas probablemente contribuyen a la recaída, son difíciles de extinguir y, por lo general, persisten mucho después de que se completa la abstinencia.

Los individuos con trastorno por consumo de opioides tienden a desarrollar patrones regulares de consumo compulsivo de drogas. utilizar que las actividades diarias se planifiquen en torno a la obtención y administración

opioides. Los opioides recetados que se usan con fines no médicos se pueden obtener de familiares o amigos, de médicos falsificando o exagerando problemas médicos, recibiendo recetas simultáneas de varios médicos o comprándolos en el mercado ilegal. Los profesionales de la salud con trastorno por consumo de opioides pueden obtener opioides prescribiéndolos ellos mismos o desviando los opioides que han sido recetados a individuos o de suministros farmacéuticos.

Funciones asociadas

Un intento de lograr una intoxicación por opioides puede resultar en una sobredosis de opioides fatal o no fatal. La sobredosis de opioides se caracteriza por pérdida del conocimiento, depresión respiratoria y pupilas puntiformes.
Sin embargo, las sobredosis de opioides también pueden ocurrir en ausencia de un consumo de drogas que busque la intoxicación.

Machine Translated by Google

Las sobredosis de opioides han aumentado exponencialmente en Estados Unidos desde 1999. Hasta 2009, las sobredosis de opioides se debían principalmente a opioides recetados, pero a partir de 2010 comenzaron un fuerte aumento las sobredosis por heroína y, adicionalmente, desde 2015, las sobredosis mortales por opioides sintéticos. distintos de la metadona (generalmente fentanilo) han superado en número a las sobredosis debidas a opioides recetados.

El trastorno por consumo de opioides puede estar asociado con antecedentes de delitos relacionados con las drogas (p. ej., posesión o distribución de drogas, falsificación, robo, robo, hurto, recepción de bienes robados). Entre los profesionales de la salud y las personas que tienen fácil acceso a sustancias controladas, un patrón diferente de actividades ilegales puede implicar problemas con las juntas estatales de licencias, el personal profesional de los hospitales u otras agencias administrativas. Las dificultades matrimoniales (incluido el divorcio), el desempleo y el empleo irregular pueden estar asociados con el trastorno por consumo de opioides en todos los niveles socioeconómicos.

Predominio

La prevalencia del uso de opioides sin receta médica entre los adultos estadounidenses de 18 años o más es del 4,1% al 4,7%, con tasas de uso más altas en adultos de 18 a 25 años que en los de 26 años o más (5,5% frente a 3,4%, respectivamente). La prevalencia del consumo de heroína en Estados Unidos es del 0,3% al 0,4% y es mayor entre los adultos de 18 a 25 años (0,5% al 0,7%) que en otros grupos de edad. En los adolescentes estadounidenses de 12 a 17 años, entre el 2,8% y el 3,9% consumen opioides recetados sin fines médicos, con tasas más altas en los adolescentes mayores que en los más jóvenes. El consumo de heroína en adolescentes es bastante bajo (< 0,05%-0,1%).

La prevalencia del trastorno por consumo de opioides recetados entre adultos estadounidenses de 18 años o más (criterios DSM-IV o DSM-5) es del 0,6% al 0,9%, y la prevalencia del trastorno por consumo de heroína (criterios DSM-IV o DSM-5) es del 0,1 %–0,3%. Entre las personas de 12 a 17 años, la prevalencia del trastorno por consumo de opioides recetados es del 0,4% y el trastorno por consumo de heroína es poco común (esencialmente del 0%). En los Estados Unidos, las tasas de trastorno por consumo de opioides (opioides recetados y heroína) son más altas entre los hombres que las mujeres, entre los adultos jóvenes que entre los adultos mayores y entre aquellos con menores ingresos o educación. Entre los adultos estadounidenses en 2012-2013, la prevalencia del trastorno por consumo de opioides sin receta médica varió según el grupo étnico-racial: 1,42% en nativos americanos, 1,04% en afroamericanos, 0,96% en blancos no latinos, 0,70% en latinos y 0,16% en Asiáticos americanos o isleños del Pacífico. Las tasas basadas en encuestas de hogares pueden subestimar la prevalencia nacional al omitir a las personas en instituciones y cárceles o prisiones, cuyas tasas probablemente sean mucho más altas.

A nivel mundial, en 2016, hubo 26,8 millones de casos de dependencia de opioides según el DSM-IV, con una prevalencia estandarizada por edad de 353,0 casos por 100.000 personas; La prevalencia de la dependencia de opioides en todas las regiones geográficas osciló entre el 0,14% y el 0,46%.

Desarrollo y evolución

El trastorno por consumo de opioides puede comenzar a cualquier edad. En Estados Unidos, los problemas asociados con el uso de opioides se observan con mayor frecuencia al final de la adolescencia o principios de los 20 años, con un intervalo más largo entre el primer uso de opioides y la aparición del trastorno en el caso de los opioides recetados que en el de los opioides recetados.

heroína. El uso temprano puede reflejar un deseo de alivio de los factores estresantes de la vida o del dolor psicológico. Los estudios a largo plazo muestran que una vez que se desarrolla un trastorno por consumo de opioides que requiere tratamiento, puede continuar durante muchos años, con períodos breves de abstinencia en algunos individuos pero prolongados.

Machine Translated by Google

la abstinencia sólo en una minoría. Se produjo una excepción entre los soldados estadounidenses que se volvieron dependientes de los opioides mientras servían en la guerra de Vietnam; más del 90% tuvo una abstinencia prolongada de opioides después de regresar a los Estados Unidos, aunque muchos experimentaron posteriormente problemas con el alcohol, las anfetaminas o pensamientos o conductas suicidas.

Factores de riesgo y pronóstico Además de una

asociación con el uso más frecuente de opioides recetados sin fines médicos, el trastorno por uso de opioides recetados en adultos se asocia con la mayoría de los demás trastornos por uso de sustancias. El trastorno por consumo de opioides está altamente asociado con rasgos externalizantes como la búsqueda de novedades, la impulsividad y la desinhibición. Los factores ambientales familiares, de pares y sociales aumentan el riesgo de sufrir un trastorno por consumo de opioides. Los estudios de familias y gemelos también indican una fuerte contribución genética al riesgo de trastornos por consumo de opioides, aunque la identificación de las variantes genéticas específicas que contribuyen al riesgo genético ha sido lenta. Los factores de pares pueden estar relacionados con la predisposición genética en términos de cómo los individuos seleccionan sus entornos, incluidos sus pares.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Históricamente, las personas de grupos etnoraciales socialmente oprimidos estuvieron sobrerrepresentadas entre las personas con trastorno por consumo de opioides. Sin embargo, con el tiempo, el trastorno por consumo de opioides se ha vuelto más común entre las personas blancas, lo que sugiere que la disponibilidad generalizada de opioides y otros factores sociales (p. ej., cambios en las tasas de pobreza y desempleo) tienen un impacto en la prevalencia. De acuerdo con estos factores, a pesar de las pequeñas variaciones entre los grupos etnoraciales en el desempeño psicométrico de los ítems de los criterios para el trastorno por consumo de opioides, los criterios para el trastorno por consumo de opioides funcionan igualmente bien en todos los grupos etnoraciales.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Las mujeres

con trastorno por consumo de opioides parecen tener más probabilidades que los hombres de haber iniciado el consumo de opioides en respuesta al abuso y la violencia sexuales, y tienen más probabilidades que los hombres de que su pareja les introduzca la droga. Hay pruebas sustanciales de que las mujeres progresan hacia un trastorno por consumo más rápidamente que los hombres después del primer uso; Las mujeres también parecen estar más enfermas que los hombres al ingresar a los centros de tratamiento, como se observó en una gran muestra de consumidores de heroína en Italia.

Marcadores de diagnóstico Los

resultados de las pruebas toxicológicas de orina de rutina suelen ser positivos para drogas opioides en personas con trastorno por consumo de opioides. Los resultados de las pruebas de orina siguen siendo positivos para la mayoría de los opioides (p. ej., heroína, morfina, codeína, oxicodona, propoxifeno) durante 12 a 36 horas después de la administración. Algunos opioides, como el fentanilo y la oxicodona, no se detectan mediante pruebas de orina estándar (que analizan la morfina), pero pueden identificarse mediante procedimientos más especializados durante varios días después de su uso. De manera similar, la metadona y la buprenorfina (o combinaciones de buprenorfina y naloxona) no producirán un resultado positivo en las pruebas de rutina para detectar opiáceos; requieren pruebas específicas que puedan detectar estas sustancias desde varios días hasta más de 1 semana.

Aunque no son marcadores específicos del trastorno por consumo de opioides, es común la evidencia de laboratorio de la presencia de otras sustancias (p. ej., cocaína, marihuana, alcohol, anfetaminas, benzodiazepinas).

Machine Translated by Google

en consumidores de heroína. Además, los resultados de las pruebas de detección de los virus de la hepatitis A, B y C suelen ser positivos en los consumidores de opioides inyectables, ya sea para el antígeno de la hepatitis (que indica una infección activa) o para los anticuerpos de la hepatitis (que indican una infección pasada). Hígado levemente elevado

Los resultados de las pruebas de función son comunes, ya sea como resultado de la resolución de la hepatitis o de una lesión tóxica en el hígado debido a contaminantes que se han mezclado con el opioide inyectado. El VIH también es prevalente entre los consumidores de opioides inyectables. Se han observado cambios sutiles en los patrones de secreción de cortisol y en la regulación de la temperatura corporal hasta 6 meses después de la abstinencia de opioides.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas El trastorno por consumo de opioides

se asocia con un mayor riesgo de intentos de suicidio y suicidio. Algunos factores de riesgo de suicidio se superponen con factores de riesgo de un trastorno por consumo de opioides. Además, la intoxicación o abstinencia repetida de opioides puede estar asociada con depresiones graves que, aunque temporales, pueden ser lo suficientemente intensas como para provocar intentos de suicidio y suicidio. La sobredosis accidental no mortal de opioides y el intento de suicidio son fenómenos distintos que pueden ser difíciles de diferenciar pero, de ser posible, no deben confundirse entre sí.

Los resultados del Estudio sobre la Carga Mundial de Enfermedades de 2010 mostraron que, entre las drogas de abuso, el suicidio es una causa común de muerte entre los consumidores habituales de opioides. La evidencia sugiere que los suicidios se subestiman o a menudo se clasifican erróneamente en los datos sobre intoxicación por opioides. En un estudio de los registros médicos nacionales de la Administración de Salud de Veteranos (VHA), después del ajuste por comorbilidad psiquiátrica, el trastorno por consumo de opioides elevó el riesgo de mortalidad por suicidio, con un mayor aumento del riesgo entre las mujeres que entre los hombres. En otro estudio que también utilizó registros médicos nacionales de la VHA, entre los veteranos a los que se recetaron opioides para el dolor crónico, la mortalidad por suicidio aumentó con dosis más altas de opioides, incluso después de que se tuvieron en cuenta los factores demográficos y clínicos. Un seguimiento de una cohorte nacional de adultos de EE. UU. con antecedentes de sobredosis de opioides encontró que la tasa de mortalidad estandarizada (SMR; la relación entre el número observado de muertes en una población de estudio y la cantidad de muertes que se esperarían) era 25,9 para el suicidio, con una TME mayor para las mujeres que para los hombres. Una revisión postuló que las razones del mayor riesgo de suicidio entre los consumidores de opioides estaban relacionadas con factores de riesgo compartidos, a saber, trastornos mentales comórbidos y dolor.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de opioides Fisiológicamente, el

consumo de opioides se asocia con una falta de secreciones de las membranas mucosas, lo que provoca sequedad de boca y nariz. La desaceleración de la actividad gastrointestinal y la disminución de la motilidad intestinal pueden producir estreñimiento severo. La agudeza visual puede verse afectada como resultado de la constricción pupilar con la administración aguda. En las personas que se inyectan opioides, son comunes las venas esclerosadas (“huellas”) y las marcas de punción en las partes inferiores de las extremidades superiores. A veces las venas se esclerosan tanto que se desarrolla edema periférico y los individuos pasan a inyectarse en las venas de las piernas, el cuello o la ingle. Cuando estas venas se vuelven inutilizables, los individuos a menudo se inyectan directamente en el tejido subcutáneo ("estallido de la piel"), lo que produce celulitis, abscesos y cicatrices de apariencia circular debido a lesiones cutáneas curadas. Las infecciones por tétanos y Clostridium botulinum son consecuencias raras pero graves de la inyección de opioides, especialmente con agujas contaminadas.

Machine Translated by Google

Las infecciones también pueden ocurrir en otros órganos e incluyen endocarditis bacteriana, hepatitis e infección por VIH. Las infecciones por hepatitis C, por ejemplo, pueden ocurrir en hasta el 90% de las personas que se inyectan opioides. Además, la prevalencia de la infección por VIH es alta entre las personas que se inyectan drogas, una gran proporción de las cuales son personas con trastorno por consumo de opioides. Por ejemplo, las tasas de infección por VIH llegan al 60% entre los consumidores de heroína en algunas zonas de los Estados Unidos y la Federación de Rusia. Sin embargo, la incidencia puede ser mucho menor en áreas donde se facilita el acceso a material y parafernalia de inyección limpios.

La tuberculosis es un problema particularmente grave entre las personas que consumen drogas por vía intravenosa, especialmente aquellas que dependen de la heroína; La infección suele ser asintomática y evidente sólo por la presencia de una prueba cutánea de tuberculina positiva o un análisis de sangre para tuberculosis (ensayo de liberación de interferón gamma). Sin embargo, se han encontrado muchos casos de tuberculosis activa, especialmente entre personas infectadas por el VIH. Estos individuos

A menudo tienen una infección recién adquirida, pero también es probable que experimenten la reactivación de una infección anterior debido a una función inmune deteriorada.

Las personas que inhalan heroína u otros opioides por la nariz (insuflación o “esnifa”) a menudo desarrollan irritación de la mucosa nasal, a veces acompañada de perforación del tabique nasal. Las dificultades en el funcionamiento sexual son comunes. Los hombres suelen experimentar disfunción eréctil durante la intoxicación o el uso crónico. Las mujeres suelen tener alteraciones de la función reproductiva y menstruaciones irregulares.

Aunque el uso agudo de opioides produce analgesia, el uso crónico puede producir hiperalgesia (hiperalgesia inducida por opioides), una condición caracterizada por una mayor sensibilidad al dolor. La dependencia fisiológica de los opioides puede ocurrir en aproximadamente la mitad de los bebés nacidos de mujeres con trastorno por consumo de opioides. Esto puede producir un síndrome de abstinencia grave en el recién nacido que requiere tratamiento médico y su prevalencia ha aumentado notablemente.

La tasa de mortalidad en personas con trastorno por consumo de opioides es de 6 a 20 veces mayor que en la población general. Las sobredosis mortales debidas a opioides recetados aumentaron drásticamente en los Estados Unidos desde 1999, con casi 400.000 muertes de este tipo ocurridas desde entonces, y la tasa de sobredosis es ahora cinco veces mayor que en 1999. Las sobredosis mortales debidas a heroína comenzaron a aumentar bruscamente en 2010 , y desde 2013, las sobredosis mortales debidas a opioides sintéticos (p. ej., fentanilo) aumentaron tan bruscamente que estas tasas eran casi el doble de las tasas de sobredosis de opioides recetados o heroína en 2017. Las sobredosis de opioides no mortales que resultaron en hospitalizaciones y visitas al departamento de urgencias también han aumentado. . Aunque no todos los factores de riesgo del trastorno por consumo de opioides y la sobredosis de opioides son iguales, existe una superposición sustancial, lo que hace que el riesgo de sobredosis sea una de las consecuencias potenciales más graves del trastorno por consumo de opioides. Las personas con trastorno por consumo de opioides también tienen un mayor riesgo de mortalidad debido a muchas afecciones médicas (p. ej., hepatitis, infección por VIH, tuberculosis, enfermedades cardiovasculares). La muerte también puede ser el resultado de accidentes, lesiones u otras complicaciones médicas generales.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por opioides, abstinencia de opioides y trastornos mentales inducidos por opioides. El trastorno por consumo de opioides se diferencia de la intoxicación por opioides, la abstinencia de opioides y los trastornos mentales inducidos por opioides

Machine Translated by Google

(p. ej., trastorno depresivo inducido por opioides) en el sentido de que el trastorno por consumo de opioides describe un patrón problemático de consumo de opioides que implica un control deficiente sobre el consumo de opioides, un deterioro social atribuible al consumo de opioides, un consumo riesgoso de opioides (p. ej., uso continuo de opioides a pesar de las complicaciones médicas), y síntomas farmacológicos (el desarrollo de tolerancia o abstinencia), mientras que la intoxicación por opioides, la abstinencia de opioides y los trastornos mentales inducidos por opioides describen síndromes psiquiátricos que ocurren en el contexto de un uso intensivo. La intoxicación por opioides, la abstinencia de opioides y los trastornos mentales inducidos por opioides ocurren con frecuencia en personas con trastorno por consumo de opioides. En tales casos, se debe realizar un diagnóstico de intoxicación por opioides, abstinencia de opioides o trastorno mental inducido por opioides, además de un diagnóstico de trastorno por consumo de opioides, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Intoxicación por otras sustancias. La intoxicación por alcohol y la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos pueden causar un cuadro clínico similar al de la intoxicación por opioides. Por lo general, se puede hacer un diagnóstico de intoxicación por alcohol o sedantes, hipnóticos o ansiolíticos basándose en la ausencia de constricción pupilar o la falta de respuesta a la provocación con naloxona. En algunos casos, la intoxicación puede deberse tanto a opioides como a alcohol u otros sedantes. En estos casos, la prueba de naloxona no revertirá todos los efectos sedantes.

Otros trastornos de abstinencia. La ansiedad y la inquietud asociadas con la abstinencia de opioides se parecen a los síntomas observados en la abstinencia de sedantes-hipnóticos. Sin embargo, la abstinencia de opioides también se acompaña de rinorrea, lagrimeo y dilatación pupilar, que no se observan en la abstinencia de tipo sedante. Las pupilas dilatadas también se observan en intoxicaciones por alucinógenos y estimulantes. Sin embargo, otros signos o síntomas de consumo de opioides

no hay abstinencia, como náuseas, vómitos, diarrea, calambres abdominales, rinorrea o lagrimeo.

Trastornos mentales independientes. Algunos de los efectos del uso de opioides pueden parecerse a los síntomas (p. ej., estado de ánimo deprimido) de un trastorno mental independiente (p. ej., trastorno depresivo persistente).
Es menos probable que los opioides produzcan síntomas de alteración mental que la mayoría de las otras drogas de abuso.

Comorbilidad

Además de la sobredosis, las comorbilidades médicas más comunes asociadas con el trastorno por consumo de opioides son infecciones virales (p. ej., VIH, virus de la hepatitis C) y bacterianas, particularmente entre los consumidores de heroína inyectable. Estas infecciones son menos comunes en el trastorno por consumo de opioides recetados.

La investigación con muestras representativas a nivel nacional de la población estadounidense ha encontrado que el trastorno por consumo de opioides a menudo se asocia con otros trastornos por consumo de sustancias, especialmente aquellos relacionados con el tabaco, el alcohol, el cannabis, los estimulantes y las benzodiazepinas. Las personas con trastorno por consumo de opioides corren el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo persistente o un trastorno depresivo mayor. Estos síntomas pueden representar un trastorno depresivo inducido por opioides o una exacerbación de un trastorno depresivo independiente preexistente. Los períodos de depresión son especialmente comunes durante la intoxicación crónica o en asociación con factores estresantes físicos o psicosociales relacionados con el trastorno por consumo de opioides. El insomnio también es común, especialmente durante la abstinencia. El trastorno por consumo de opioides también se asocia con el trastorno bipolar I, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno antisocial, límite,

Machine Translated by Google

y trastornos esquizotípicos de la personalidad. También se ha identificado un historial de trastorno de conducta en la infancia o la adolescencia como un factor de riesgo importante para los trastornos relacionados con sustancias, especialmente el trastorno por consumo de opioides. Además, el trastorno por consumo de opioides recetados y el trastorno por consumo de heroína generalmente se asocian con enfermedades mentales graves, definidas como un trastorno mental distinto del trastorno por consumo de sustancias que produce un deterioro funcional grave que limita o interfiere sustancialmente con las principales actividades de la vida.

Intoxicación por opioides

Criterios de diagnóstico

A. Uso reciente de un opioide.

B. Cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o retraso psicomotor, deterioro del juicio) que se desarrollaron durante o poco después del uso de opioides.

C. Constricción pupilar (o dilatación pupilar debido a anoxia por sobredosis grave) y uno (o más) de los siguientes signos o síntomas que se desarrollan durante o poco después del uso de opioides:

1. Somnolencia o coma.
2. Habla arrastrada.
3. Deterioro de la atención o la memoria.

D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación por otra sustancia.

Especifique

si: Con alteraciones de la percepción: este especificador puede observarse en el raro caso en que se produzcan alucinaciones con pruebas de realidad intactas o ilusiones auditivas, visuales o táctiles en ausencia de delirio.

Nota de codificación: El código CIE-10-CM depende de si existe o no un trastorno comórbido por consumo de opioides y de si existen o no alteraciones de la percepción.

Para intoxicación por opioides, sin alteraciones de la percepción: si hay comorbilidad de un trastorno leve por consumo de opioides, el código CIE-10-CM es F11.120, y si hay comorbilidad de un trastorno moderado o grave por consumo de opioides, el código CIE-10-CM es F11 .220. Si no existe un trastorno comórbido por consumo de opioides, entonces el código ICD-10-CM es F11.920.

Para intoxicación por opioides, con alteraciones de la percepción: si hay comorbilidad de un trastorno leve por consumo de opioides, el código CIE-10-CM es F11.122, y si hay comorbilidad de un trastorno moderado o grave por consumo de opioides, el código CIE-10-CM es F11 .222. Si no existe un trastorno comórbido por consumo de opioides, entonces el código ICD-10-CM es F11.922.

Machine Translated by Google

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por opioides es la presencia de cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o retraso psicomotor, deterioro del juicio) que se desarrollan durante o poco después del uso de opioides (Criterios A y B). La intoxicación se acompaña de constricción pupilar (a menos que haya habido una sobredosis grave con la consecuente anoxia y dilatación pupilar) y uno o más de los siguientes signos: somnolencia (descrita como "estar alerta"), dificultad para hablar y deterioro de la atención o memoria (Criterio C); la somnolencia puede progresar al coma. Las personas con intoxicación por opioides pueden demostrar falta de atención al medio ambiente, incluso hasta el punto de ignorar eventos potencialmente dañinos. Los signos o síntomas de intoxicación por opioides no deben ser atribuibles a otra afección médica y no pueden explicarse mejor por otro trastorno mental (Criterio D).

Hasta 2009, las sobredosis de opioides se debían principalmente a opioides recetados, pero a partir de 2010, las sobredosis por heroína comenzaron a aumentar bruscamente y, además, desde 2015, las sobredosis mortales por opioides sintéticos distintos de la metadona (generalmente fentanilo) han superado en número a las sobredosis por opioides recetados. a los opioides recetados.

Funciones asociadas

La intoxicación por opioides puede incluir disminución de la frecuencia respiratoria y la presión arterial e hipotermia leve. La duración de la intoxicación por opioides puede variar en función de la farmacocinética del opioide ingerido. La intoxicación por opioides puede provocar una sobredosis de opioides mortal o no mortal.
La sobredosis de opioides se caracteriza por pérdida del conocimiento, depresión respiratoria y pupilas puntiformes. Las sobredosis mortales de opioides han aumentado exponencialmente en Estados Unidos desde 1999.

Desarrollo y evolución La intoxicación

por opioides puede ocurrir en una persona que no ha consumido nunca opioides, en una persona que usa opioides esporádicamente y en una persona que depende físicamente de los opioides. La dosis de opioide consumida en relación con la probabilidad de experimentar intoxicación por opioides variará en función del estado y la historia de exposición a opioides del individuo (es decir, tolerancia). Las personas a menudo informan que la experiencia placentera cualitativa de la intoxicación por opioides disminuye después del uso repetido de un opioide.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por otras sustancias. La intoxicación por alcohol y la intoxicación por sedantes-hipnóticos pueden provocar un cuadro clínico que se asemeja a la intoxicación por opioides. Por lo general, se puede hacer un diagnóstico de intoxicación por alcohol o sedantes-hipnóticos basándose en la ausencia de constricción pupilar o la falta de respuesta a una provocación con naloxona. En algunos casos, la intoxicación puede deberse tanto a opioides como a alcohol u otros sedantes. En estos casos, la administración de naloxona no revertirá todos los efectos sedantes. Si bien la respuesta a la administración de

Machine Translated by Google

La naloxona puede respaldar el diagnóstico de intoxicación por opioides; la falta de respuesta puede deberse a la ingestión conjunta de un opioide con otra droga (p. ej., una benzodiazepina, alcohol) o a la ingestión de una dosis mayor y/o de un opioide de mayor potencia (p. ej., fentanilo).

Trastornos mentales inducidos por opioides. La intoxicación por opioides se distingue de los trastornos mentales inducidos por opioides (p. ej., trastorno depresivo inducido por opioides, que comienza durante la intoxicación) porque los síntomas (p. ej., estado de ánimo deprimido) en estos últimos trastornos exceden a los asociados habitualmente con la intoxicación por opioides, predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica.

Comorbilidad Dada la superposición típica de la intoxicación por opioides con el trastorno por consumo de opioides, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de opioides para obtener más detalles sobre las afecciones concurrentes que probablemente se presenten.

Abstinencia de opioides

Criterios de diagnóstico

A. Presencia de cualquiera de los siguientes:

1. Cese (o reducción) del consumo de opioides que haya sido intenso y prolongado (es decir, varias semanas o más).
2. Administración de un antagonista de opioides después de un período de uso de opioides.

B. Tres (o más) de los siguientes síntomas se desarrollan entre minutos y varios días después Criterio A:

1. Estado de ánimo disfórico.
2. Náuseas o vómitos.
3. Dolores musculares.
4. Lagrimeo o rinorrea.
5. Dilatación pupilar, piloerección o sudoración.
6. Diarrea.
7. Bostezar.
8. Fiebre.
9. Insomnio.

C. Los signos o síntomas del Criterio B causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia.

Nota de codificación: el código CIE-10-CM depende de si existe o no una comorbilidad

Machine Translated by Google

Trastorno por consumo de opioides. Si un trastorno leve por consumo de opioides es comórbido, el código CIE-10-CM es F11.13, y si un trastorno moderado o grave por consumo de opioides es comórbido, el código CIE-10-CM es F11.23. Para la abstinencia de opioides que se produce en ausencia de un trastorno por consumo de opioides (p. ej., en un paciente que toma opioides únicamente bajo supervisión médica adecuada), el código ICD-10-CM es F11.93.

Funciones de diagnóstico

La característica esencial de la abstinencia de opioides es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después del cese (o reducción) del uso prolongado de opioides.

(Criterio A1). Los opioides utilizados pueden ser medicamentos ilícitos o obtenidos lícitamente recetados para tratar el dolor. Un síndrome de abstinencia también puede precipitarse mediante la administración de un antagonista de opioides (p. ej., naloxona, naltrexona, nalmefeno) después de un período de uso de opioides (Criterio A2); también puede ocurrir después de la administración de un agonista parcial opioide (p. ej., buprenorfina) a un individuo que actualmente usa un agonista opioide completo.

La abstinencia de opioides tiene un patrón característico de signos y síntomas. Los primeros son subjetivos y consisten en quejas de ansiedad, inquietud y una “sensación de dolor” que a menudo se localiza en la espalda y las piernas, junto con irritabilidad y mayor sensibilidad al dolor. Deben estar presentes tres o más de los siguientes para hacer un diagnóstico de abstinencia de opioides: estado de ánimo disfórico; náuseas o vómitos; dolores musculares; lagrimeo o rinorrea; dilatación pupilar, piloerección o aumento de la sudoración; diarrea; bostezando; fiebre; e insomnio (Criterio B).

La piloerección y la fiebre se asocian con una abstinencia más grave y no se observan con frecuencia en la práctica clínica habitual porque las personas con trastorno por consumo de opioides suelen obtener sustancias antes de que la abstinencia esté tan avanzada. Estos síntomas de abstinencia de opioides deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no deben ser atribuibles a otra condición médica y no deben explicarse mejor por otro trastorno mental (Criterio D). Tener síntomas que cumplan con los criterios de diagnóstico de abstinencia de opioides por sí solos no es suficiente para un diagnóstico de trastorno por consumo de opioides, pero los síntomas concurrentes de ansia y conducta de búsqueda de drogas sugieren un trastorno por consumo de opioides comórbido.

Funciones asociadas

La abstinencia de opioides puede ocurrir en cualquier individuo después de suspender el uso repetido de un opioide, ya sea en el contexto del tratamiento médico del dolor, durante la terapia con agonistas de opioides para el trastorno por consumo de opioides, en el contexto del uso ilícito o después de intentos de autotratarse de los síntomas. de trastornos mentales con opioides. La abstinencia de opioides es una afección distinta de la adicción a opioides o del trastorno por consumo de opioides y no necesariamente requiere que se diagnostiquen las conductas de búsqueda de drogas asociadas con el trastorno por consumo de opioides. Por lo tanto, la abstinencia de opioides puede ocurrir en personas sin trastorno por consumo de opioides y no debe confundirse con este. Los hombres con abstinencia de opioides pueden experimentar piloerección, sudoración y eyaculaciones espontáneas mientras están despiertos.

Predominio

Machine Translated by Google

Entre las personas de diversos entornos clínicos de EE. UU., la abstinencia de opioides se produjo en el 60% de las personas que habían consumido heroína al menos una vez en los 12 meses anteriores. Las personas que usan opioides regularmente (p. ej., opioides recetados para el dolor, opioides ilícitos) durante un período de tiempo corren el riesgo de desarrollar dependencia física, incluida la abstinencia, al dejar de consumirlos o reducirlos marcadamente.

Desarrollo y evolución La velocidad y

gravedad de la abstinencia asociada con los opioides dependen de la vida media del opioide utilizado. La mayoría de las personas que dependen fisiológicamente de drogas de acción corta, como la heroína, comienzan a tener síntomas de abstinencia entre 6 y 12 horas después de la última dosis. Los síntomas pueden tardar entre 2 y 4 días en aparecer en el caso de fármacos de acción prolongada como la metadona o la buprenorfina.
Los síntomas de abstinencia aguda de un opioide de acción corta, como la heroína, suelen alcanzar su punto máximo en 1 a 3 días y desaparecen gradualmente en un período de 5 a 7 días. Los síntomas más crónicos (p. ej., ansiedad, disforia, anhedonia, ansia, insomnio) pueden durar semanas o meses. La gravedad de la abstinencia de opioides también varía según la duración del uso de opioides. Los síntomas de abstinencia de opioides entre las personas que reciben tratamiento a largo plazo con opioides recetados para el dolor se pueden minimizar reduciendo gradualmente el consumo del fármaco.

Entre las personas con un trastorno por consumo de opioides, la abstinencia de opioides y los intentos de aliviar la abstinencia son típicos. El curso de la abstinencia puede ser parte de un patrón creciente en el que se usa un opioide para reducir los síntomas de abstinencia, lo que a su vez conduce a episodios recurrentes de abstinencia en un momento posterior.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de abstinencia. La ansiedad y la inquietud asociadas con la abstinencia de opioides se parecen a los síntomas observados en la abstinencia de sedantes-hipnóticos. Sin embargo, la abstinencia de opioides también se acompaña de rinorrea, lagrimeo y dilatación pupilar, que no se observan en la abstinencia de tipo sedante.

Intoxicación por otras sustancias. Las pupilas dilatadas también se observan en intoxicaciones por alucinógenos y estimulantes. Sin embargo, no se presentan otros signos o síntomas de abstinencia de opioides, como náuseas, vómitos, diarrea, calambres abdominales, rinorrea y lagrimeo.

Trastornos mentales inducidos por opioides. La abstinencia de opioides se distingue de los trastornos mentales inducidos por opioides (p. ej., trastorno depresivo inducido por opioides, que comienza durante la abstinencia) porque los síntomas (p. ej., estado de ánimo deprimido) en estos últimos trastornos exceden los asociados habitualmente con la abstinencia de opioides, predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica.

Comorbilidad Dada

la superposición típica de la abstinencia de opioides con el trastorno por consumo de opioides, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de opioides para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se presenten.

Machine Translated by Google

Trastornos mentales inducidos por opioides

Los siguientes trastornos mentales inducidos por opioides se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (consulte los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno depresivo inducido por opioides (“Trastornos depresivos”); trastorno de ansiedad inducido por opioides (“Trastornos de ansiedad”); trastorno del sueño inducido por opioides (“trastornos del sueño-vigilia”); y disfunción sexual inducida por opioides (“Disfunciones sexuales”). Para el delirio por intoxicación por opioides, el delirio por abstinencia de opioides y el delirio inducido por opioides tomados según lo prescrito, consulte los criterios y la discusión sobre el delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". Estos trastornos mentales inducidos por opioides se diagnostican en lugar de intoxicación por opioides o abstinencia de opioides sólo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica independiente.

Trastorno no especificado relacionado con opioides

F11.99

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con los opioides que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno relacionado con los opioides específico o cualquier de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adicciones.

Relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos Trastornos

Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastorno no especificado relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Criterios de diagnóstico

Machine Translated by Google

A. Un patrón problemático de uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. A

menudo se toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. en cantidades mayores o durante un período más largo de lo previsto.

2. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos por reducir o controlar el uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a actividades necesarias para obtener el sedante, hipnótico o ansiolítico; utilizar sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; o recuperarse de sus efectos.

4. Ansia, o un fuerte deseo o necesidad de utilizar un sedante, hipnótico o ansiolítico.

5. Uso recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que resulte en el incumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., ausencias repetidas del trabajo o desempeño laboral deficiente relacionado con el uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con hipnóticos o ansiolíticos; negligencia hacia los niños o el hogar);

6. Uso continuo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., discusiones con su cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación; peleas físicas).

7. Se abandonan o reducen actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes debido al uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

8. Uso recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil u operar una máquina cuando está afectado por el uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos).

9. Se continúa el uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por el sedante, hipnótico o ansiolítico.

10. Tolerancia, según lo definido por cualquiera de los siguientes:

a. Una necesidad de cantidades notablemente mayores de sedantes, hipnóticos o ansiolítico para lograr la intoxicación o el efecto deseado.

b. Un efecto notablemente disminuido con el uso continuo de la misma cantidad de sedante, hipnótico o ansiolítico.

Nota: No se considera que este criterio se cumpla en el caso de personas que toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos bajo supervisión médica.

11. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes: a. El síndrome

de abstinencia característico de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (consulte los Criterios A y B de los criterios establecidos para la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos).

Machine Translated by Google

b. Se toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (o una sustancia estrechamente relacionada, como el alcohol) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Nota: No se considera que este criterio se cumpla en el caso de personas que toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos bajo supervisión médica.

Especifique

si: En remisión temprana: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, no se ha cumplido ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos durante al menos 3 meses pero durante menos de 12 meses. (con la excepción de que se pueda cumplir el Criterio A4, “Anhelo o fuerte deseo o necesidad de utilizar un sedante, hipnótico o ansiolítico”).

En remisión sostenida: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se cumplió en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con el excepción de que se pueda cumplir el Criterio A4, “Ansia, o un fuerte deseo o impulso de usar un sedante, hipnótico o ansiolítico”).

Especifique

si: En un entorno controlado: este especificador adicional se utiliza si el individuo se encuentra en un entorno donde el acceso a sedantes, hipnóticos o ansiolíticos está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si se trata de una intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; u otro trastorno mental inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos también está presente, no utilice los códigos a continuación para el trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. En cambio, el trastorno comórbido por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se indica en el cuarto carácter del trastorno inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (consulte la nota de codificación para intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; abstinencia de ansiolíticos o trastorno mental específico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). Por ejemplo, si hay un trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos comórbidos y un trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, solo se proporciona el código de trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con el 4to. carácter que indica si el trastorno comórbido por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es leve, moderado o grave: F13.14 para trastorno leve por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos o F13. 24 para un trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos moderado o grave con un trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Especifique la gravedad/remisión actual:

F13.10 Leve: Presencia de 2 a 3 síntomas.

F13.11 Leve, en remisión temprana

F13.11 Leve, en remisión sostenida F13.20

Moderado: Presencia de 4 a 5 síntomas.

F13.21 Moderado, en remisión temprana

Machine Translated by Google

F13.21 Moderado, en remisión sostenida F13.20 Grave:

Presencia de 6 o más síntomas.

F13.21 Grave, en remisión temprana F13.21

Grave, en remisión sostenida

Los

especificadores "En un ambiente controlado" se aplican como un especificador adicional de remisión si el individuo se encuentra tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado). Ejemplos de estos entornos son las cárceles libres de sustancias y estrechamente supervisadas, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave.

Características diagnósticas

Las sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas incluyen benzodiazepinas, fármacos similares a las benzodiazepinas (p. ej., zolpidem, zaleplon), carbamatos (p. ej., glutetimida, meprobamato), barbitúricos (p. ej., secobarbital) e hipnóticos similares a los barbitúricos (p. ej., glutetimida, metacualona, propofol). Esta clase de sustancias incluye la mayoría de los medicamentos para dormir recetados y la mayoría de los ansiolíticos recetados. Los ansiolíticos no benzodiazepínicos (p. ej., buspirona, gepirona) no se incluyen en esta clase porque no parecen estar asociados con un uso indebido significativo.

Al igual que el alcohol, estos agentes son depresores cerebrales y pueden producir trastornos similares inducidos por sustancias/medicamentos y por uso de sustancias. Las sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas están disponibles tanto con receta como de forma ilegal. Algunas personas que obtienen estas sustancias con receta desarrollarán un trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, mientras que otras que abusan de estas sustancias o las usan para intoxicarse no desarrollarán un trastorno por consumo.
En particular, se pueden tomar sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con inicio rápido o duración de acción corta a intermedia para fines de intoxicación, aunque también se pueden tomar sustancias de acción más prolongada de esta clase en caso de intoxicación.

El ansia (Criterio A4), ya sea durante períodos de consumo activo o durante períodos de abstinencia, es una característica típica del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. El uso indebido de sustancias de esta clase puede ocurrir junto con el uso de otras sustancias. Por ejemplo, las personas pueden usar dosis intoxicantes de sedantes o benzodiazepinas para “bajar” la cocaína o las anfetaminas o usar dosis altas de benzodiazepinas en combinación con metadona para “potenciar” sus efectos.

Las ausencias repetidas o el mal desempeño laboral, las ausencias escolares, las suspensiones o expulsiones y el abandono de los niños o del hogar (Criterio A5) pueden estar relacionados con un trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; También puede ocurrir el uso continuado de las sustancias a pesar de las discusiones con el cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación o a pesar de las peleas físicas (Criterio A6). Limitar el contacto con familiares o amigos, evitar el trabajo o la escuela, o dejar de participar en pasatiempos, deportes o juegos (Criterio A7) y el uso recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos al conducir un automóvil o operar maquinaria cuando dicho uso esté afectado (Criterio A8).) también se observan en el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Se pueden desarrollar niveles muy significativos de tolerancia y abstinencia a sedantes, hipnóticos o

Machine Translated by Google

sustancias ansiolíticas. Puede haber evidencia de tolerancia y abstinencia en ausencia de un diagnóstico de un trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en un individuo que ha interrumpido abruptamente el uso de benzodiazepinas que se tomaron durante períodos prolongados en dosis prescritas y terapéuticas. En estos casos, se realiza un diagnóstico adicional de trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos sólo si se cumplen otros criterios. Es decir, se pueden recetar medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos para fines médicos apropiados y, según el régimen posológico, estos medicamentos pueden producir tolerancia y abstinencia. Si estos medicamentos se recetan o recomiendan para fines médicos apropiados y si se usan según lo prescrito, la tolerancia o abstinencia resultante no cuenta para el diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias.

Sin embargo, es necesario determinar si los medicamentos fueron prescritos y utilizados de manera inapropiada (p. ej., falsificar síntomas médicos para obtener el medicamento; usar más medicamento del recetado; obtener el medicamento de varios médicos sin informarles).

Dada la naturaleza unidimensional de los síntomas del uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos trastorno, la gravedad se basa en el número de criterios aprobados.

Funciones asociadas

La investigación con muestras nacionalmente representativas de la población estadounidense ha encontrado que el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a menudo se asocia con otros trastornos por consumo de sustancias (p. ej., trastornos por consumo de alcohol, cannabis, opioides y estimulantes). A menudo se utilizan sedantes para aliviar los efectos no deseados de estas otras sustancias. Con el uso repetido de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, se desarrolla tolerancia a los efectos sedantes y se utiliza una dosis progresivamente mayor. Sin embargo, la tolerancia a los efectos depresores del tronco encefálico se desarrolla mucho más lentamente y, a medida que el individuo ingiere más sustancia para lograr la euforia u otros efectos deseados, puede haber una aparición repentina de depresión respiratoria e hipotensión, que pueden provocar la muerte. La intoxicación intensa o repetida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos puede estar asociada con una depresión grave que, aunque temporal, puede conducir al intento de suicidio y al suicidio.

Predominio

Se estima que la prevalencia a 12 meses del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos según el DSM-IV en los Estados Unidos es del 0,3% entre adolescentes de 12 a 17 años y adultos de 18 años y mayores, y esta prevalencia se ha mantenido estable a nivel nacional a pesar de aumentos en las tasas de prescripción de estos medicamentos. No se ha demostrado que las tasas de trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos del DSM-IV en los Estados Unidos varíen consistentemente según el género, pero los datos de otros países generalmente han encontrado tasas más altas entre niñas y mujeres que entre niños y hombres. La prevalencia a 12 meses del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos según el DSM-IV en los Estados Unidos disminuye en función de la edad y es mayor entre personas de 18 a 29 años (0,5%) y más baja entre personas de 65 años o más (0,04%).

La prevalencia de doce meses de uso, abuso (p. ej., uso sin receta) o trastorno de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos varía entre los grupos etnoraciales de EE. UU. Por ejemplo, las estimaciones de prevalencia a 12 meses del uso indebido de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en grupos etnoraciales oscilan entre el 0,6% y el 2,5% para adolescentes de 12 a 17 años y entre el 0,7% y el 10,1% para adultos.

Machine Translated by Google

Desarrollo y evolución El curso

habitual del trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos involucra a individuos en la adolescencia o en los 20 años que intensifican su uso ocasional de agentes sedantes, hipnóticos o ansiolíticos hasta el punto en que desarrollan problemas que cumplen con los criterios para un diagnóstico. Este patrón puede ser especialmente probable entre personas que tienen otros trastornos por uso de sustancias (p. ej., alcohol, opioides, estimulantes). Un patrón inicial de uso social intermitente (p. ej., en fiestas) puede conducir a un uso diario y a altos niveles de tolerancia. Una vez que esto ocurre, se puede esperar un nivel creciente de dificultades interpersonales, así como episodios cada vez más graves de disfunción cognitiva y abstinencia fisiológica.

El segundo curso clínico, observado con menos frecuencia, comienza con un individuo que originalmente obtuvo el medicamento por prescripción médica, generalmente para el tratamiento de la ansiedad, el insomnio o afecciones somáticas. A medida que se desarrolla tolerancia o necesidad de dosis más altas del medicamento, hay un aumento gradual en la dosis y la frecuencia de la autoadministración.

Es probable que el individuo continúe justificando el uso basándose en los síntomas originales de ansiedad o insomnio, pero el comportamiento de búsqueda de sustancias se vuelve más prominente y el individuo puede buscar varios médicos para obtener suficientes suministros del medicamento. La tolerancia puede alcanzar niveles elevados y puede producirse abstinencia (incluidas convulsiones y delirio de abstinencia).

Como ocurre con muchos trastornos por uso de sustancias, el trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos generalmente comienza durante la adolescencia o la vida adulta temprana. Aunque el riesgo de abuso y trastorno por consumo disminuye con la edad después de los 30 años, aproximadamente, los efectos secundarios asociados con las sustancias psicoactivas pueden aumentar a medida que las personas envejecen. En particular, el deterioro cognitivo aumenta como efecto secundario con la edad y el metabolismo de los sedantes, hipnóticos o

Los ansiolíticos disminuyen con la edad entre las personas mayores. Es probable que los efectos tóxicos agudos y crónicos de estas sustancias, especialmente los efectos sobre la cognición, la memoria y la coordinación motora, aumenten con la edad como consecuencia de cambios farmacodinámicos y farmacocinéticos relacionados con la edad. Las personas con un trastorno neurocognitivo importante tienen más probabilidades de desarrollar intoxicación y deterioro del funcionamiento fisiológico en dosis más bajas. Dado que los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos se utilizan a menudo en combinación con otras sustancias psicoactivas, puede resultar difícil determinar si las consecuencias funcionales son atribuibles a una sola sustancia (p. ej., un sedante) o al uso de múltiples sustancias.

La intoxicación deliberada para lograr un “subidón” es más probable que se observe en adolescentes y personas de veintitantos años. Los problemas asociados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos también se observan en personas de 40 años o más que aumentan la dosis de los medicamentos recetados. En personas mayores, la intoxicación puede parecerse a un trastorno neurocognitivo mayor progresivo.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. La impulsividad y la búsqueda de novedades son temperamentos individuales que se relacionan con la propensión a desarrollar un trastorno por uso de sustancias, pero que pueden estar determinados genéticamente.

Los trastornos de la personalidad también pueden aumentar el riesgo de abuso o trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Ambiental. Dado que los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos son todos medicamentos, un factor de riesgo clave

Machine Translated by Google

se relaciona con la disponibilidad de las sustancias, tanto a través de las propias recetas de un individuo como de las recetas dispensadas a familiares y amigos. En Estados Unidos, los patrones históricos de uso indebido de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se relacionan con patrones amplios de prescripción. Por ejemplo, una marcada disminución en la prescripción de barbitúricos se asoció con un aumento en la prescripción de benzodiazepinas. Los factores de pares pueden estar relacionados con la predisposición genética en términos de cómo los individuos seleccionan su entorno. Otras personas con mayor riesgo podrían incluir aquellas con trastorno por consumo de alcohol que pueden recibir recetas repetidas en respuesta a sus quejas de ansiedad o insomnio relacionados con el alcohol.

Genético y fisiológico. Al igual que con otros trastornos por uso de sustancias, en estudios de registros de gemelos realizados en EE. UU. se ha descubierto que el riesgo de trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos está relacionado con factores individuales, familiares, de pares, sociales y ambientales. Dentro de estos dominios, los factores genéticos juegan un papel particularmente importante tanto directa como indirectamente. En general, a lo largo del desarrollo, los factores genéticos parecen desempeñar un papel más importante en la aparición del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a medida que los individuos pasan de la pubertad a la vida adulta.

Modificadores de curso. En estudios estadounidenses representativos a nivel nacional, el inicio temprano del uso se asocia con mayor probabilidad de desarrollar un trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura Los patrones de prescripción (y la disponibilidad) de esta clase de sustancias varían según los países y las poblaciones, lo que puede dar lugar a variaciones en la prevalencia del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. En los Estados Unidos, el uso de benzodiazepinas ha sido informado con mayor frecuencia por personas blancas no latinas que por latinas o afroamericanas. Sin embargo, el riesgo de padecer el trastorno puede variar dentro de las poblaciones expuestas a estas sustancias. Por ejemplo, la prevalencia de 12 meses del trastorno por consumo de benzodiazepinas según el DSM-IV entre personas estadounidenses que consumían benzodiazepinas fue mayor entre los afroamericanos (3,0%) y los “otros” no latinos (2,6%) que entre los blancos no latinos (1,3%).).

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Aunque las estimaciones de los estudios individuales varían, no parece haber diferencias de género en la prevalencia del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Marcadores de diagnóstico Casi todas las sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas pueden identificarse mediante evaluaciones de laboratorio de orina o sangre (la última de las cuales puede cuantificar las cantidades de estos agentes en el cuerpo). Es probable que los resultados de los análisis de orina sigan siendo positivos hasta aproximadamente 1 semana después del uso de sustancias de acción prolongada, como diazepam o flurazepam.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Los estudios epidemiológicos estadounidenses muestran que los hipnóticos están asociados con el suicidio, pero no está claro si esta asociación es atribuible a condiciones psiquiátricas subyacentes como la depresión y el insomnio, que son en sí mismos factores de riesgo de suicidio.

Machine Translated by Google

Consecuencias funcionales del uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos Trastorno

Las consecuencias sociales e interpersonales del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos imitan las del alcohol en términos del potencial de conducta desinhibida. Los accidentes, las dificultades interpersonales y la interferencia con el desempeño laboral o escolar son resultados comunes. Los efectos desinhibidores de estos agentes, como el alcohol, pueden contribuir potencialmente a un comportamiento demasiado agresivo y a discusiones o peleas, con los consiguientes problemas interpersonales y legales. Es probable que el examen físico revele evidencia de una disminución leve en la mayoría de los aspectos del funcionamiento del sistema nervioso autónomo, incluido un pulso más lento, una frecuencia respiratoria ligeramente disminuida y una ligera caída en la presión arterial (que ocurre más probablemente con cambios posturales).

La intoxicación aguda puede provocar lesiones accidentales y accidentes automovilísticos. Puede haber consecuencias de un trauma (p. ej., hemorragia interna, un hematoma subdural) por accidentes que ocurren en estado de ebriedad. Para las personas de edad avanzada, incluso el uso a corto plazo de estos medicamentos sedantes en dosis prescritas puede estar asociado con un mayor riesgo de problemas cognitivos y caídas. La asociación de medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con un mayor riesgo de trastorno neurocognitivo mayor aún no está clara.

En dosis altas, las sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas pueden ser letales, particularmente cuando se mezclan con otros depresores del sistema nervioso central, como opioides o alcohol, aunque la dosis letal varía considerablemente entre las sustancias específicas. El uso intravenoso de estas sustancias puede provocar complicaciones médicas relacionadas con el uso de agujas contaminadas (p. ej., hepatitis, VIH).

Pueden ocurrir sobredosis accidentales o deliberadas, similares a las observadas en el trastorno por consumo de alcohol o en la intoxicación repetida por alcohol. Las sobredosis pueden estar asociadas con un deterioro de los signos vitales que indica una emergencia médica inminente (p. ej., paro respiratorio por barbitúricos). En contraste con su amplio margen de seguridad cuando se usan solas, las benzodiacepinas tomadas en combinación con opioides y alcohol pueden ser particularmente peligrosas, y en los datos de EE. UU. se informan comúnmente sobredosis accidentales. También se han informado sobredosis accidentales en personas que abusan deliberadamente de barbitúricos y otros sedantes no benzodiazepínicos (p. ej., metacualona), pero como estos agentes están mucho menos disponibles que las benzodiazepinas, la frecuencia de sobredosis es baja en la mayoría de los entornos.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; y trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

El trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se diferencia de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; y trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) en los que el trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos describe un patrón problemático

del uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que implique un control deficiente sobre dicho uso; deterioro social atribuible a este uso; uso riesgoso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., conducir en estado de ebriedad); y síntomas farmacológicos (el desarrollo de tolerancia o abstinencia); mientras que la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; sedante, hipnótico o ansiolítico

Machine Translated by Google

retiro; y los trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos describen síndromes psiquiátricos que ocurren en el contexto de un uso intensivo. Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; y los trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ocurren con frecuencia en personas con trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. En tales casos, un diagnóstico de intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; o se debe dar un trastorno mental inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, además de un diagnóstico de trastorno por uso de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Otras condiciones médicas. La dificultad para hablar, la falta de coordinación y otros rasgos asociados característicos de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos podrían ser el resultado de otra afección médica (p. ej., esclerosis múltiple) o de un traumatismo craneoencefálico previo (p. ej., un hematoma subdural).

Trastorno por consumo de alcohol. El trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos debe diferenciarse del trastorno por consumo de alcohol. El diagnóstico diferencial se determina principalmente a través de la historia clínica, aunque el daño hepático y otros signos potenciales de toxicidad crónica por alcohol (p. ej., miocardiopatía) también pueden sugerir más un trastorno por consumo de alcohol que un trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Uso clínicamente apropiado de medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Las personas pueden continuar tomando medicamentos con benzodiazepinas según las indicaciones de un médico por una indicación médica legítima durante períodos prolongados. Incluso si se manifiestan signos fisiológicos de tolerancia o abstinencia, muchos de estos individuos no desarrollan síntomas que cumplan con los criterios de trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos porque no están preocupados por obtener la sustancia y su uso no interfiere con su desempeño. de roles sociales u ocupacionales habituales.

Comorbilidad El uso no médico de agentes sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se asocia con el trastorno por consumo de alcohol, el trastorno por consumo de tabaco y, en general, el consumo de drogas ilícitas. También puede haber una superposición entre el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y el trastorno de personalidad antisocial; trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad; y otros trastornos por consumo de sustancias, como el trastorno por consumo de alcohol y los trastornos por consumo de drogas ilícitas. El comportamiento antisocial y el trastorno de personalidad antisocial se asocian especialmente con el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos cuando las sustancias se obtienen ilegalmente. La comorbilidad con otros trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos aumenta el riesgo de transición del uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos al trastorno por uso y disminuye la probabilidad de remisión.

Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Criterios de diagnóstico

A. Uso reciente de un sedante, hipnótico o ansiolítico.

B. Cambios conductuales o psicológicos desadaptativos clínicamente significativos (p. ej.,

Machine Translated by Google

comportamiento sexual o agresivo inapropiado, labilidad del estado de ánimo, deterioro del juicio) que se desarrolló durante o poco después del uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

C. Uno (o más) de los siguientes signos o síntomas que se desarrollan durante o poco después después del uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:

1. Habla con dificultad.
2. Descoordinación.
3. Marcha inestable.
4. Nistagmo.
5. Deterioro de la cognición (p. ej., atención, memoria).
6. Estupor o coma.

D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación por otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-10-CM depende de si existe un trastorno comórbido por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Si hay comorbilidad de un trastorno leve por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, el código CIE-10-CM es F13.120, y si hay comorbilidad de un trastorno moderado o grave por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, el código CIE-10-CM es F13.220. Si no existe un trastorno comórbido por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, entonces el código ICD-10-CM es F13.920.

Nota: Para información sobre Desarrollo y Curso; Factores de Riesgo y Pronóstico; Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura; Marcadores Diagnósticos; Consecuencias funcionales de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; y Comorbilidad, consulte las secciones correspondientes en Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es la presencia de cambios conductuales o psicológicos desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento sexual o agresivo inapropiado, labilidad del estado de ánimo, deterioro del juicio, deterioro del funcionamiento social u ocupacional) que se desarrollan durante o poco después, uso de un sedante, hipnótico o ansiolítico (Criterios A y B). Al igual que con otros depresores cerebrales, como el alcohol, estos comportamientos pueden ir acompañados de dificultad para hablar, falta de coordinación (en niveles que pueden interferir con la capacidad de conducir y con la realización de actividades habituales hasta el punto de provocar caídas o accidentes automovilísticos), marcha inestable, nistagmo. , deterioro cognitivo (p. ej., problemas de atención o memoria) y estupor o coma (Criterio C). El deterioro de la memoria es una característica destacada de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y se caracteriza con mayor frecuencia por una amnesia anterógrada que se asemeja a "apagones alcohólicos", que pueden resultar perturbadores para el individuo. Los síntomas no deben ser atribuibles a otra condición médica y no deben explicarse mejor por otro trastorno mental (Criterio D). La intoxicación puede ocurrir en personas que reciben estas sustancias con receta médica, que toman prestado el medicamento de amigos o familiares, o que toman deliberadamente el medicamento.

Machine Translated by Google

la sustancia para lograr la intoxicación. Dado que los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos se utilizan a menudo en combinación con otras sustancias psicoactivas, puede resultar difícil determinar si las consecuencias funcionales son atribuibles a un sedante, hipnótico o ansiolítico o al uso de múltiples sustancias.

Funciones asociadas

Las características asociadas incluyen tomar más medicamentos de los recetados, tomar múltiples medicamentos diferentes o mezclar agentes sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con alcohol, lo que puede aumentar notablemente los efectos de estos agentes.

Predominio

Se desconoce la prevalencia de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en la población general. Sin embargo, es probable que la mayoría de los usuarios no médicos de sedantes, hipnóticos,

o los ansiolíticos tendrían en algún momento signos o síntomas que cumplen con los criterios de intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; De ser así, entonces la prevalencia del uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no médicos en la población general puede ser similar a la prevalencia de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Por ejemplo, en 2018, en Estados Unidos, el 2,4% de las personas de 12 años o más y el 4,9% de las personas de 18 a 25 años utilizaron tranquilizantes o sedantes con fines no médicos.

Diagnóstico diferencial

Trastorno por consumo de alcohol. Debido a que las presentaciones clínicas pueden ser idénticas, distinguir la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos del trastorno por consumo de alcohol requiere evidencia de la ingestión reciente de medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos mediante autoinforme, informe de informante o pruebas toxicológicas. Muchas personas que abusan de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos también pueden abusar del alcohol y otras sustancias, por lo que son posibles múltiples diagnósticos de intoxicación.

Intoxicación alcohólica. La intoxicación por alcohol se puede distinguir de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos por el olor a alcohol en el aliento. De lo contrario, las características de los dos trastornos pueden ser similares.

Trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolítica se distingue de los trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, que comienza durante la abstinencia) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en estos últimos trastornos son superiores a los que normalmente se asocian con la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; predominan en la presentación clínica; y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica.

Trastornos neurocognitivos. En situaciones de deterioro cognitivo, lesión cerebral traumática y delirio por otras causas, los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos pueden resultar intoxicantes en dosis bastante bajas. El diagnóstico diferencial en estos entornos complejos se basa en el síndrome predominante. Un diagnóstico adicional de intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos puede ser apropiado incluso si la sustancia se ha ingerido en dosis bajas en el contexto de estos otros

Machine Translated by Google

(o condiciones similares) concurrentes.

Comorbilidad Dada

la superposición típica de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos para obtener más detalles sobre las afecciones concurrentes que probablemente se presenten. .

Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Criterios de diagnóstico

A. Cese (o reducción) del uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que hayan sido prolongado.

B. Dos (o más) de los siguientes síntomas, que se desarrollan entre varias horas y algunos días después del cese (o reducción) del uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos descrito en el Criterio A:

1. Hiperactividad autónoma (p. ej., sudoración o frecuencia del pulso superior a 100 lpm).
2. Temblor de manos.

3. Insomnio.
4. Náuseas o vómitos.
5. Alucinaciones o ilusiones visuales, táctiles o auditivas transitorias.
6. Agitación psicomotora.
7. Ansiedad.
8. Convulsiones de gran mal.

C. Los signos o síntomas del Criterio B causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia.

Especificar

si: Con alteraciones de la percepción: Este especificador puede observarse cuando ocurren alucinaciones con pruebas de realidad intactas o ilusiones auditivas, visuales o táctiles en ausencia de delirio.

Nota de codificación: El código CIE-10-CM depende de si existe o no un trastorno comórbido por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y de si hay o no alteraciones de la percepción.

Para la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin percepción

Machine Translated by Google

trastornos: si un trastorno leve por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es comórbido, el código ICD-10-CM es F13.130, y si un trastorno moderado o grave por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es comórbido, el código ICD-10- CM es F13.130. El código CM es F13.230. Si no hay ningún trastorno comórbido por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., en un paciente que toma sedantes, hipnóticos o ansiolíticos únicamente bajo supervisión médica adecuada), entonces el código ICD-10-CM es F13.930.

Para la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alteraciones de la percepción: si un trastorno leve por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es comórbido, el código ICD-10-CM es F13.132, y si un sedante, hipnótico o ansiolítico moderado o grave es comórbido. El trastorno por consumo de ansiolíticos es comórbido, el código ICD-10-CM es F13.232. Si no hay ningún trastorno comórbido por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., en un paciente que toma sedantes, hipnóticos o ansiolíticos únicamente bajo supervisión médica adecuada), entonces el código ICD-10-CM es F13.932.

Nota: Para información sobre Desarrollo y Curso; Factores de Riesgo y Pronóstico; Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura; Consecuencias funcionales de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; y Comorbilidad, consulte las secciones correspondientes en Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es la presencia de un síndrome característico que se desarrolla después de una marcada disminución o interrupción de la ingesta después de varias semanas o más de uso regular (Criterios A y B). Este síndrome de abstinencia se caracteriza por dos o más síntomas (similares a la abstinencia de alcohol) que incluyen hiperactividad autonómica (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la presión arterial o la temperatura corporal, junto con sudoración); un temblor de las manos; insomnio; náuseas, a veces acompañadas de vómitos; ansiedad; y agitación psicomotora. Una convulsión de gran mal puede ocurrir quizás hasta entre el 20% y el 30% de las personas que experimentan abstinencia de estas sustancias sin tratamiento. En la abstinencia grave, pueden ocurrir alucinaciones o ilusiones visuales, táctiles o auditivas, pero generalmente están en el contexto de un delirio de abstinencia. Si la prueba de realidad del individuo está intacta (es decir, sabe que la sustancia está causando las alucinaciones) y las ilusiones ocurren en un sensorio claro, el especificador "con alteraciones de la percepción"

se puede notar. Cuando las alucinaciones ocurren en ausencia de una prueba de realidad intacta, se debe considerar un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica y no deben explicarse mejor por otro trastorno mental (p. ej., abstinencia de alcohol, trastorno de ansiedad generalizada) (Criterio D). El alivio de los síntomas de abstinencia con la administración de cualquier agente sedante-hipnótico respaldaría el diagnóstico de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Machine Translated by Google

Funciones asociadas

El momento y la gravedad del síndrome de abstinencia variarán según la sustancia específica y su farmacocinética y farmacodinamia. Por ejemplo, la abstinencia de sustancias de acción más corta que se absorben rápidamente y que no tienen metabolitos activos (p. ej., triazolam) puede comenzar pocas horas después de suspender la sustancia; la abstinencia de sustancias con metabolitos de acción prolongada (p. ej., diazepam) puede no comenzar hasta dentro de 1 a 2 días o más. El síndrome de abstinencia producido por sustancias de esta clase puede caracterizarse por el desarrollo de un delirio que puede poner en peligro la vida. Puede haber evidencia de tolerancia y abstinencia en ausencia de un diagnóstico de trastorno por uso de benzodiazepinas en un individuo que ha suspendido abruptamente las benzodiazepinas que fueron tomadas durante largos períodos de tiempo en dosis prescritas y terapéuticas.

La evolución temporal del síndrome de abstinencia generalmente se predice mediante la vida media de la sustancia. Los medicamentos cuyas acciones suelen durar alrededor de 10 horas o menos (p. ej., lorazepam, oxazepam, temazepam) producen síntomas de abstinencia dentro de las 6 a 8 horas posteriores a la disminución de los niveles en sangre, cuya intensidad alcanza su punto máximo el segundo día y mejoran notablemente hacia el cuarto o quinto día. Para sustancias con vidas medias más largas (p. ej., diazepam), es posible que los síntomas no se desarrollen durante más de una semana, alcanzan un máximo de intensidad durante la segunda semana y disminuyen notablemente durante la tercera o cuarta semana. Puede haber síntomas adicionales a largo plazo con un nivel de intensidad mucho menor que persisten durante varios meses.

Cuanto más tiempo se haya tomado la sustancia y mayores sean las dosis utilizadas, más probable será que se produzca una abstinencia grave. Sin embargo, se ha informado de abstinencia con tan solo 15 mg de diazepam (o su equivalente en otras benzodiazepinas) cuando se toman diariamente durante varios meses.
Es más probable que dosis de aproximadamente 40 mg de diazepam (o su equivalente) al día produzcan síntomas de abstinencia clínicamente relevantes, y es más probable que dosis incluso más altas (p. ej., 100 mg de diazepam) sean seguidas de convulsiones de abstinencia o delirio. El delirio por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se caracteriza por alteraciones de la conciencia y la cognición, con alucinaciones visuales, táctiles o auditivas. Cuando está presente, se debe diagnosticar delirio por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en lugar de abstinencia.

Predominio

Se desconoce la prevalencia de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Marcadores diagnósticos

Las convulsiones y la inestabilidad autonómica en el contexto de antecedentes de exposición prolongada a medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos sugieren una alta probabilidad de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Diagnóstico diferencial

Otras condiciones médicas. Los síntomas de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos pueden ser imitados por otras afecciones médicas (p. ej., hipoglucemia, cetoacidosis diabética). Si las convulsiones son una característica de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, el

Machine Translated by Google

El diagnóstico diferencial incluye las diversas causas de las convulsiones (p. ej., infecciones, traumatismos craneoencefálicos, intoxicaciones).

Temblor esencial. El temblor esencial, una afección neurológica que con frecuencia es hereditaria, puede sugerir erróneamente el temblor asociado con la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Abstinencia de alcohol. La abstinencia de alcohol produce un síndrome muy similar al de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. El diagnóstico diferencial se determina principalmente a través de la historia clínica, aunque el daño hepático y otros signos potenciales de toxicidad crónica por alcohol (p. ej., miocardiopatía) también pueden sugerir más abstinencia de alcohol que abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se distingue de los trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, que comienza durante la abstinencia) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en estos últimos trastornos son superiores a los que normalmente se asocian con la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; predominan en la presentación clínica; y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica.

Desórdenes de ansiedad. La recurrencia o el empeoramiento de un trastorno de ansiedad subyacente produce un síndrome similar a la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, aunque las manifestaciones más extremas de la abstinencia, como el delirium tremens o las convulsiones verdaderas, no son síntomas de ningún trastorno de ansiedad. Se sospecharía abstinencia con una reducción abrupta de la dosis de un medicamento sedante, hipnótico o ansiolítico. Cuando se está realizando una reducción gradual, puede resultar difícil distinguir el síndrome de abstinencia del trastorno de ansiedad subyacente. Al igual que con el alcohol, los síntomas de abstinencia persistentes (p. ej., ansiedad, mal humor, problemas para dormir) pueden confundirse con ansiedad independiente o trastornos depresivos (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada).

Comorbilidad Dada la superposición típica de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos para obtener más detalles sobre las afecciones concurrentes que probablemente se presenten. .

Mental inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos Trastornos

Los siguientes trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se describen en otros capítulos del manual junto con trastornos con los que comparten fenomenología (consulte los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): sedantes, hipnóticos, o trastorno psicótico inducido por ansiolíticos (“Espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”).
Trastornos”); trastorno bipolar y relacionados inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (“trastornos bipolares y relacionados”); Trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
(“Trastornos depresivos”); trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (“Ansiedad
Trastornos”); trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (“sueño-vigilia”
Trastornos”); disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (“Sexual

Machine Translated by Google

Disfunciones"); y trastorno neurocognitivo leve o mayor inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ("trastornos neurocognitivos"). Para el delirio por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; delirio por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; y delirio inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos tomados según lo prescrito, consulte la

criterios y discusión del delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". Estos trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se diagnostican en lugar de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos o la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos sólo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica independiente.

Relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificados Trastorno

F13.99

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para cualquier trastorno específico relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos o cualquiera de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adictivos.

Trastornos relacionados con estimulantes

Trastorno por uso de estimulantes

Intoxicación por estimulantes

Abstinencia de estimulantes

Trastornos mentales inducidos por estimulantes

Trastorno relacionado con estimulantes no especificados

Trastorno por uso de estimulantes

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón de consumo de sustancias tipo anfetamina, cocaína u otros estimulantes que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos

Machine Translated by Google

dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. El

estimulante a menudo se toma en cantidades mayores o durante un período más largo que se pretendía.

2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos por reducir o controlar uso de estimulantes.

3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para obtener el estimulante, utilizar el estimulante o recuperarse de sus efectos.

4. Ansia, o un fuerte deseo o necesidad de usar el estimulante.

5. Uso recurrente de estimulantes que resulte en el incumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o el hogar.

6. Uso continuo de estimulantes a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del estimulante.

7. Se abandonan o reducen importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al uso de estimulantes.

8. Uso recurrente de estimulantes en situaciones en las que resulte físicamente peligroso.

9. El uso de estimulantes continúa a pesar de saber que tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por el estimulante.

10. Tolerancia, según lo definido por cualquiera de los siguientes:

a. Una necesidad de cantidades notablemente mayores del estimulante para lograr intoxicación o efecto deseado.

b. Un efecto notablemente disminuido con el uso continuo de la misma cantidad de el estimulante.

Nota: No se considera que se cumpla este criterio para quienes toman medicamentos estimulantes únicamente bajo supervisión médica adecuada, como medicamentos para el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad o narcolepsia.

11. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes: a. El síndrome de

abstinencia característico del estimulante (consulte los Criterios A y B de los criterios establecidos para la abstinencia de estimulantes).

b. El estimulante (o una sustancia estrechamente relacionada) se toma para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Nota: No se considera que se cumpla este criterio para quienes toman medicamentos estimulantes únicamente bajo supervisión médica adecuada, como medicamentos para el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad o narcolepsia.

Especifique

si: En remisión temprana: Después de que se cumplieron todos los criterios para el trastorno por consumo de estimulantes, no se ha cumplido ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de estimulantes durante al menos 3 meses pero durante menos de 12 meses (con la excepción del Criterio A4,

Machine Translated by Google

Se puede satisfacer el “ansia, o un fuerte deseo o impulso de usar el estimulante”).

En remisión sostenida: Después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de estimulantes, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de estimulantes se ha cumplido en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción del Criterio A4, “Anhelo o deseo de consumir estimulantes”). fuerte deseo o necesidad de usar el estimulante”, puede satisfacerse).

Especifique

si: En un ambiente controlado: este especificador adicional se utiliza si el individuo se encuentra en un ambiente donde el acceso a estimulantes está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si también hay intoxicación por sustancias de tipo anfetamina, abstinencia de sustancias de tipo anfetamina o trastorno mental inducido por sustancias de tipo anfetamina, no utilice los códigos siguientes para el trastorno por uso de sustancias de tipo anfetamina. En cambio, el trastorno comórbido por consumo de sustancias de tipo anfetamínico se indica en el cuarto carácter del código de trastorno inducido por sustancias de tipo anfetamina (consulte la nota de codificación para intoxicación por sustancias de tipo anfetamina, abstinencia de sustancias de tipo anfetamina o un trastorno de consumo de sustancias de tipo anfetamínico específico). trastorno mental inducido por sustancias). Por ejemplo, si hay un trastorno depresivo inducido por anfetaminas y un trastorno por consumo de anfetaminas comórbidos, solo se proporciona el código del trastorno depresivo inducido por anfetaminas, y el cuarto carácter indica si el trastorno por consumo de anfetaminas comórbido es leve, moderado o grave: F15.14 para un trastorno leve por consumo de anfetaminas con trastorno depresivo inducido por anfetaminas o F15.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de anfetaminas con trastorno depresivo inducido por anfetaminas. (Las instrucciones para sustancias de tipo anfetamina también se aplican a la intoxicación por otros estimulantes o los no especificados, la abstinencia de otros estimulantes o los no especificados y otros trastornos mentales inducidos por estimulantes o los no especificados). De manera similar, si hay un trastorno depresivo inducido por cocaína y un trastorno por consumo de cocaína comórbidos, sólo se proporciona el código del trastorno depresivo inducido por cocaína, y el cuarto carácter indica si el trastorno comórbido por consumo de cocaína es leve, moderado,

o grave: F14.14 para un trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno depresivo inducido por cocaína o F14.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de cocaína con trastorno depresivo inducido por cocaína.

Especifique la gravedad/remisión actual:

Leve: Presencia de 2 a 3 síntomas.

F15.10 Sustancia tipo anfetamina F14.10 Cocaína

F15.10 Otro estimulante o el no especificado Leve,

En remisión temprana F15.11

Sustancia tipo anfetamina F14.11 Cocaína

Machine Translated by Google

F15.11 Otro estimulante o el no especificado

Leve, En remisión sostenida F15.11

Sustancia tipo anfetamina F14.11 Cocaína

F15.11 Otro estimulante o el no especificado

Moderado: Presencia de 4 a 5 síntomas.

F15.20 Sustancia tipo anfetamina F14.20 Cocaína

F15.20 Otro estimulante o el no especificado

Moderado, en remisión temprana

F15.21 Sustancia tipo anfetamina F14.21 Cocaína

F15.21 Otro estimulante o el no especificado

Moderado, en remisión sostenida

F15.21 Sustancia tipo anfetamina F14.21 Cocaína

F15.21 Otro estimulante o el no especificado

Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

F15.20 Sustancia tipo anfetamina F14.20 Cocaína

F15.20 Otro estimulante o el no especificado

Grave, en remisión temprana F15.21

Sustancia tipo anfetamina F14.21 Cocaína

F15.21 Otro estimulante o el no especificado

Grave, en remisión sostenida

F15.21 Sustancia tipo anfetamina F14.21 Cocaína

F15.21 Otro estimulante o el no especificado

Los

especificadores "En un ambiente controlado" se aplican como un especificador adicional de remisión si el individuo se encuentra tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado). Ejemplos de estos entornos son las cárceles libres de sustancias y estrechamente supervisadas, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave.

Machine Translated by Google

Características de diagnóstico Los

estimulantes son un tipo de sustancia psicoactiva que aumenta la actividad en el cerebro y puede elevar temporalmente el estado de alerta, el estado de ánimo y la conciencia. Los estimulantes cubiertos en este capítulo incluyen anfetaminas y estimulantes recetados con efectos similares (por ejemplo, metilfenidato) y cocaína. Los trastornos relacionados con sustancias que involucran otras sustancias con propiedades estimulantes se clasifican en otras secciones de este capítulo. Estos incluyen la cafeína (en trastornos relacionados con la cafeína), la nicotina y la MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina; en otros trastornos relacionados con alucinógenos), que tiene efectos tanto estimulantes como alucinógenos.

relacionado con el tabaco (en trastornos)

Dado que los efectos de las sustancias de tipo anfetamínico son similares a los de la cocaína, los trastornos relacionados con las anfetaminas y los trastornos relacionados con la cocaína se agrupan bajo la única rúbrica "trastornos relacionados con estimulantes". Las sustancias de tipo anfetamina (y otros estimulantes o los no especificados) y la cocaína tienen códigos diferentes de la CIE-10-CM (p. ej., F15.10 trastorno leve por consumo de sustancias de tipo anfetamina, F14.10 trastorno leve por consumo de cocaína). El estimulante concreto utilizado por el individuo se registra en el diagnóstico (p. ej., "abstinencia de metanfetamina", "trastorno por consumo de metilfenidato", "intoxicación por cocaína").

Las sustancias de tipo anfetamínico incluyen estimulantes con una estructura de feniletilamina sustituida, como la anfetamina, la dextroanfetamina y la metanfetamina. También se incluyen sustancias que son estructuralmente diferentes pero que tienen efectos similares, como el metilfenidato, el modafinilo y el armodafinilo. Estas sustancias de tipo anfetamínico se suelen tomar por vía oral o intravenosa, aunque la metanfetamina también se ingiere por vía nasal. Además de los compuestos sintéticos de tipo anfetamina, existen estimulantes naturales derivados de plantas como el khât, así como análogos químicos sintéticos del khât , llamados catinonas.

Las anfetaminas y otros estimulantes se pueden obtener con receta para el tratamiento de la obesidad, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la narcolepsia. En consecuencia, los estimulantes prescritos pueden desviarse al mercado ilegal.

La cocaína, una sustancia natural producida por la planta de coca, se consume en varias preparaciones (p. ej., hojas de coca, pasta de coca, clorhidrato de cocaína y alcaloides de la cocaína como la base libre y el crack) que difieren en potencia debido a los diferentes niveles de pureza y velocidad. de inicio.
Sin embargo, en todas las formas, la cocaína es el ingrediente activo. El polvo de clorhidrato de cocaína generalmente se "esnifa" por las fosas nasales o se disuelve en agua y se inyecta por vía intravenosa. El crack y otros alcaloides de la cocaína se vaporizan e inhalan fácilmente y, por tanto, sus efectos tienen un inicio extremadamente rápido.

Las personas expuestas a sustancias tipo anfetamina o cocaína pueden desarrollar un trastorno por consumo de estimulantes en tan solo una semana, aunque el inicio no siempre es tan rápido. Independientemente de la vía de administración, la tolerancia se produce con el uso repetido. Pueden aparecer síntomas de abstinencia, en particular hipersomnia, aumento del apetito y disforia, que pueden aumentar el ansia. La mayoría de las personas con trastorno por consumo de estimulantes han experimentado tolerancia o abstinencia.

Los patrones y la evolución del consumo son similares en el caso de los trastornos relacionados con sustancias de tipo anfetamínico y con la cocaína, ya que ambos son potentes estimulantes del sistema nervioso central con efectos psicoactivos y simpaticomiméticos similares. Las sustancias tipo anfetamina tienen una acción más prolongada que la cocaína y, por lo tanto, se consumen menos veces al día. El consumo puede ser crónico o episódico, con atracones interrumpidos por breves períodos de inactividad. El comportamiento agresivo o violento es común cuando se fuman, ingieren o administran dosis altas por vía intravenosa. Intensa ansiedad temporal que se asemeja a un trastorno de pánico o

Machine Translated by Google

Con el uso de dosis altas se observa trastorno de ansiedad generalizada, así como ideación paranoide y episodios psicóticos que se asemejan a la esquizofrenia.

Los estados de abstinencia se asocian con síntomas depresivos temporales pero intensos que pueden parecerse a un episodio depresivo mayor; Los síntomas depresivos suelen resolverse.

dentro de 1 semana. Se desarrolla tolerancia a sustancias de tipo anfetamínico y conduce a un aumento de la dosis. Por el contrario, algunos consumidores de sustancias de tipo anfetamínico desarrollan una sensibilización caracterizada por efectos potenciados.

Funciones asociadas

Cuando se inyectan o se fuman, los estimulantes suelen producir una sensación instantánea de bienestar, confianza y euforia. Se pueden desarrollar rápidamente cambios dramáticos de comportamiento con el trastorno por uso de estimulantes. El comportamiento caótico, el aislamiento social, el comportamiento agresivo y la disfunción sexual pueden resultar del trastorno por uso de estimulantes a largo plazo.

Los individuos con intoxicación aguda pueden presentar habla incoherente, dolor de cabeza, ideas transitorias de referencia y tinnitus. Puede haber ideación paranoica, alucinaciones auditivas en un sensorio claro y alucinaciones táctiles, que el individuo suele reconocer como efectos de la droga. Pueden ocurrir amenazas o comportamientos agresivos. Durante la abstinencia suelen producirse depresión, pensamientos suicidas, irritabilidad, anhedonia, labilidad emocional o alteraciones de la atención y la concentración. Los trastornos mentales asociados con el consumo de cocaína suelen resolverse horas o días después de dejar de consumirla, pero pueden persistir durante un mes. Los cambios fisiológicos durante la abstinencia de estimulantes son opuestos a los de la fase de intoxicación, y a veces incluyen bradicardia. Los síntomas depresivos temporales pueden cumplir con los criterios sintomáticos y de duración de un episodio depresivo mayor. Son comunes los antecedentes consistentes con ataques de pánico repetidos, comportamiento similar al trastorno de ansiedad social y síndromes similares a la ansiedad generalizada, al igual que los trastornos alimentarios. Un ejemplo extremo de toxicidad de los estimulantes es el trastorno psicótico inducido por estimulantes, un trastorno que se asemeja a la esquizofrenia, con delirios y alucinaciones.

Los individuos con trastorno por consumo de estimulantes a menudo desarrollan respuestas condicionadas a estímulos relacionados con las drogas (p. ej., anhelo de ver cualquier sustancia parecida a un polvo blanco). Estas respuestas contribuyen a la recaída, son difíciles de extinguir y persisten después de la desintoxicación.

Pueden ocurrir síntomas depresivos con pensamientos o comportamientos suicidas y generalmente son los problemas más graves observados durante la abstinencia de estimulantes.

Predominio

Trastorno por consumo de estimulantes: sustancias tipo anfetamina. La tasa de trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico en los Estados Unidos es del 0,4% entre personas de 12 años o más. La prevalencia a doce meses es del 0,1% entre personas de 12 a 17 años, del 0,5% entre personas de 18 a 25 años y del 0,4% entre personas de 26 años o más. Las tasas son del 0,5% para los hombres y del 0,2% para las mujeres, en general. Las tasas son aproximadamente del 0,4% entre los hispanos y los blancos no hispanos y del 0,1% entre los afroamericanos y los asiáticoamericanos. Las estimaciones de prevalencia para las poblaciones de indios americanos/nativos de Alaska y nativos de Hawaii/isleños del Pacífico son difíciles de determinar, dado el pequeño tamaño de las muestras, pero hay cierta evidencia de tasas más altas en los estadounidenses.

Prevalencia estimada en 12 meses

Machine Translated by Google

Indios/nativos de Alaska.

Entre los adultos estadounidenses, el 6,6% (promedio anual) consumió estimulantes recetados en general; El 4,5% consumía sin mal uso, el 1,9% consumía mal sin trastornos por consumo y el 0,2% presentaba trastornos por consumo. Mientras que los blancos no hispanos tienen más probabilidades de usar estimulantes recetados sin fines médicos, los hispanos tienden a usarlos con mayor frecuencia y tienen tasas más altas de trastorno por uso de estimulantes recetados.

Trastorno por consumo de estimulantes: cocaína. La prevalencia estimada de 12 meses del trastorno por consumo de cocaína en los Estados Unidos es del 0,4% entre personas de 12 años o más. Las tasas son del 0,1% entre personas de 12 a 17 años, del 0,7% entre personas de 18 a 25 años y del 0,3% entre personas de 26 años o más.
Las tasas son del 0,5% para los hombres y del 0,2% para las mujeres, en general. Las tasas son del 0,4% entre los afroamericanos y los blancos no hispanos, del 0,3% entre los hispanos y <0,1% entre los asiáticoamericanos.

Desarrollo y evolución En los Estados

Unidos, el trastorno por uso de estimulantes ocurre en todos los niveles de la sociedad y es más común entre personas de 18 a 25 años en comparación con personas de 12 a 17 o 26 años o más. En promedio, el primer uso regular entre personas en tratamiento ocurre aproximadamente a la edad de 23 años. Para los ingresos por tratamiento primario de metanfetamina, la edad promedio es de 34 años, y para los ingresos por tratamiento primario de cocaína, la edad promedio es de 44 años para la cocaína fumada y de 37 años para otras rutas.

Algunas personas comienzan a utilizar estimulantes para controlar el peso o mejorar el rendimiento en la escuela, el trabajo o el deporte. El uso inicial puede incluir la obtención de medicamentos como metilfenidato o sales de anfetamina recetados a otras personas para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Entre los ingresos a tratamiento primario por consumo de sustancias de tipo anfetamínico en los Estados Unidos, el 61% informó fumar, el 26% informó inyectarse y el 9% informó inhalar, lo que sugiere que el trastorno por uso de estimulantes puede desarrollarse a partir de múltiples modos de administración.

Los patrones de administración de estimulantes incluyen el uso episódico o diario (o casi diario). El uso episódico (p. ej., uso intenso durante un fin de semana o en uno o más días laborables) tiende a estar separado por 2 o más días de no uso. Los “atracones” implican el uso continuo de dosis altas durante horas o días y a menudo se asocian con dependencia física. Los atracones suelen terminar sólo cuando se agotan las reservas de estimulantes o sobreviene el agotamiento. El uso diario crónico puede implicar dosis altas o bajas, a menudo con un aumento de la dosis con el tiempo.

El tabaquismo y el uso de estimulantes por vía intravenosa se asocian con una rápida progresión hacia un trastorno por consumo de estimulantes de nivel grave, que a menudo ocurre en el transcurso de semanas o meses. El consumo intranasal de cocaína y el consumo oral de sustancias de tipo anfetamínico dan lugar a una progresión más gradual que se produce a lo largo de meses o años. Con el uso continuado, hay una disminución de los efectos placenteros debido a la tolerancia y un aumento de los efectos disfóricos.

Factores de Riesgo y Pronóstico Temperamental.

El trastorno bipolar comórbido, la esquizofrenia, el trastorno de personalidad antisocial y otros trastornos por uso de sustancias son factores de riesgo para desarrollar un trastorno por uso de estimulantes y para recaer en el consumo de cocaína en muestras de tratamiento. Una mayor reactividad al estrés se ha correlacionado con la frecuencia del consumo de cocaína en algunas muestras de tratamiento en Estados Unidos. El trastorno de conducta en la infancia y el trastorno de personalidad antisocial se asocian con el desarrollo de trastornos relacionados con los estimulantes.

Machine Translated by Google

trastornos. En los Estados Unidos, el uso previo de otra sustancia, ser hombre, tener un trastorno de personalidad del Grupo B, antecedentes familiares de trastorno por uso de sustancias y estar separado, divorciado o viudo resultan en un mayor riesgo de consumir cocaína. Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también corren un mayor riesgo de consumir metanfetamina.

Ambiental. Los predictores del consumo de cocaína entre una cohorte de adolescentes estadounidenses incluyen la exposición prenatal a la cocaína, el consumo posnatal de cocaína por parte de los padres y la exposición a la violencia comunitaria durante la infancia. Las investigaciones realizadas en países industrializados sugieren que la exposición a la violencia de pareja o al maltrato infantil a menudo coexiste con el uso de estimulantes, especialmente en las mujeres. En una cohorte de mujeres estadounidenses seguidas longitudinalmente, el estatus socioeconómico, incluida la inseguridad alimentaria, tuvo un efecto dependiente de la dosis sobre el riesgo de uso de estimulantes. Para los jóvenes, especialmente las niñas, los factores de riesgo incluyen vivir en un ambiente hogareño inestable, tener una condición psiquiátrica, comportamiento criminal y asociarse con traficantes y usuarios.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

La prevalencia del consumo de cocaína en los Estados Unidos aumentó entre 2001-2002 y 2012-2013 entre los blancos no latinos, los afroamericanos y los latinos, pero la prevalencia del trastorno por consumo de cocaína aumentó solo entre los blancos. A pesar de pequeñas variaciones, los criterios de diagnóstico del trastorno por consumo de cocaína y otros estimulantes funcionan por igual en todos los géneros y edades.

grupos etnoraciales. En datos limitados sobre estimaciones de prevalencia, parece que las poblaciones de indios americanos y nativos de Alaska tienen mayor riesgo de sufrir un trastorno por consumo de metanfetamina y, en menor grado, un trastorno por consumo de cocaína, que los blancos no hispanos, mientras que los nativos hawaianos o de las islas del Pacífico parecen tener riesgos similares a los de los blancos no hispanos.

Aproximadamente el 64% de las personas admitidas en programas de tratamiento de abuso de sustancias financiados con fondos públicos para trastornos primarios relacionados con la metanfetamina/anfetamina son blancos no hispanos, seguidos por el 20% de origen hispano, el 3% asiáticos e isleños del Pacífico y el 6% negros no hispanos. Entre las personas admitidas para tratamiento primario relacionado con la cocaína fumada, el 51% eran negros no hispanos, el 35% blancos no hispanos, el 8% hispanos y el 1% asiáticos/isleños del Pacífico. Para las admisiones relacionadas con otras vías de administración de cocaína, el 47% eran blancos no hispanos, el 31% eran negros no hispanos, el 17% eran de origen hispano y el 1% eran asiáticos o isleños del Pacífico. Las tasas de trastornos en muestras clínicas deben interpretarse con cautela porque pueden verse afectadas por el acceso diferencial y la utilización de los servicios, las vías de atención, la criminalización, el estigma y los prejuicios raciales en el diagnóstico y la derivación para tratamiento.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

En Estados Unidos, las mujeres con trastorno por consumo de cocaína tienen con mayor frecuencia trastornos psiquiátricos comórbidos, como depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT), en comparación con los hombres. Las hormonas gonadales afectan las respuestas de los hombres a la cocaína. Las mujeres con trastorno por consumo de cocaína y niveles más altos de progesterona tienen un menor deseo de cocaína inducido por estrés y por señales y menores cambios en la presión arterial inducidos por señales que las mujeres con trastorno por consumo de cocaína y niveles más bajos de progesterona. Esto puede explicar por qué el consumo de cocaína en mujeres embarazadas es menor que en mujeres no embarazadas.

Machine Translated by Google

Marcadores de diagnóstico

La benzoilecgonina, un metabolito de la cocaína, generalmente permanece en la orina durante 1 a 3 días después de una dosis única y puede estar presente durante 7 a 12 días en personas que usan dosis altas repetidas. Las pruebas de función hepática ligeramente elevadas pueden estar presentes en consumidores de cocaína que se inyectan o en consumidores con consumo concomitante de alcohol. No existen marcadores neurobiológicos de utilidad diagnóstica. La interrupción del consumo crónico de cocaína puede estar asociada con cambios electroencefalográficos, lo que sugiere anomalías persistentes; alteraciones en los patrones de secreción de prolactina; y regulación negativa de los receptores de dopamina.

Las sustancias de tipo anfetamínico de vida media corta (p. ej., metanfetamina) pueden detectarse durante 1 a 3 días, y posiblemente hasta 4 días, según la dosis y el metabolismo. Las muestras de cabello se pueden utilizar para detectar la presencia de sustancias de tipo anfetamínico durante un máximo de 90 días. Otros hallazgos de laboratorio, así como los hallazgos físicos y otras afecciones médicas (p. ej., pérdida de peso, desnutrición, mala higiene), son similares tanto para el trastorno por consumo de cocaína como para el de sustancias de tipo anfetamínico.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Se dispone de pocos datos sobre la asociación entre los trastornos por consumo de estimulantes y el suicidio porque la mayoría de los estudios que examinan los pensamientos y conductas suicidas examinan el uso de estimulantes en lugar de los trastornos por consumo de estimulantes. Una revisión sistemática encontró que el consumo regular o problemático de anfetaminas (examinando principalmente a personas que se inyectan anfetaminas y/o personas admitidas a tratamiento por consumo de anfetaminas) se asocia con una mayor mortalidad por suicidio. Un estudio de población general de adultos en los Estados Unidos encontró una asociación entre el trastorno por uso de estimulantes recetados y pensamientos suicidas. En un estudio de personas admitidas en tratamiento por consumo de sustancias, aquellos con trastorno por consumo de cocaína tenían muchas más probabilidades de informar pensamientos suicidas que aquellos con otros trastornos por consumo de sustancias. En un estudio de hombres y mujeres en el sistema de atención médica de la Administración de Veteranos de EE. UU.,

Los trastornos por consumo de cocaína y anfetaminas se asociaron con mayores tasas de muertes por suicidio.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de estimulantes

Pueden producirse diversas afecciones médicas dependiendo de la vía de administración. Los usuarios intranasales a menudo desarrollan sinusitis, irritación, sangrado de la mucosa nasal y perforación del tabique nasal.
Las personas que fuman estimulantes tienen un mayor riesgo de sufrir problemas respiratorios (p. ej., tos, bronquitis y neumonitis). Los inyectores tienen marcas de pinchazos y “huellas”, más comúnmente en los antebrazos. El riesgo de infección por VIH y hepatitis C aumenta con las frecuentes inyecciones intravenosas y la actividad sexual sin protección. También se observan otras enfermedades de transmisión sexual, hepatitis B, tuberculosis y otras infecciones pulmonares. La pérdida de peso y la desnutrición son comunes.

El dolor de pecho puede ser un síntoma común durante la intoxicación por estimulantes. El infarto de miocardio, las palpitaciones y arritmias, la muerte súbita por paro respiratorio o cardíaco y los accidentes cerebrovasculares se han asociado con el uso de estimulantes entre personas jóvenes y por lo demás sanas.
El neumotórax puede resultar de la realización de maniobras similares a las de Valsalva para absorber mejor la inhalación.

Machine Translated by Google

fumar. El consumo de cocaína se asocia con irregularidades en el flujo sanguíneo placentario, desprendimiento de placenta, partos prematuros y una mayor prevalencia de bebés con muy bajo peso al nacer.

Las personas con trastorno por consumo de estimulantes pueden verse involucradas en robo, prostitución o tráfico de drogas para adquirir drogas o dinero para comprarlas. Las lesiones traumáticas debidas a comportamientos violentos son comunes entre las personas que trafican con drogas.

El deterioro neurocognitivo es común entre los consumidores de metanfetamina y cocaína, incluidos déficits relacionados con la atención, la impulsividad, el aprendizaje/memoria verbal, la memoria de trabajo y el funcionamiento ejecutivo. También se han informado psicosis transitorias y convulsiones con el uso crónico de cocaína o metanfetamina, posiblemente relacionadas con patrones de uso o la exacerbación de vulnerabilidades preexistentes. El consumo de anfetaminas puede provocar efectos tóxicos relacionados con la temperatura corporal elevada y existe cierta evidencia de que el consumo crónico provoca neuroinflamación y neurotoxicidad en las neuronas dopaminérgicas. Los problemas de salud bucal incluyen “boca de metanfetamina” con enfermedades de las encías, caries y llagas en la boca relacionadas con los efectos tóxicos de fumar la droga y con el bruxismo en estado de ebriedad. Los efectos pulmonares adversos parecen ser menos comunes con las sustancias de tipo anfetamínico porque se fuman menos veces al día, aunque el consumo de metanfetamina todavía se asocia con un riesgo de hipertensión arterial pulmonar.

Las visitas al departamento de emergencias son comunes para síntomas de trastornos mentales relacionados con estimulantes, lesiones, infecciones de la piel y patología dental. En Estados Unidos, el diagnóstico de un trastorno por consumo de estimulantes se asocia con un aumento del 20% en las tasas de reingreso a los 30 días en la evaluación del seguimiento después de la hospitalización por “cualquier causa” (una medida estándar de la calidad general de la atención hospitalaria).

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por fenciclidina. La intoxicación con fenciclidina (PCP o “polvo de ángel”) o “drogas de diseño” sintéticas como la mefedrona (conocida con diferentes nombres, incluidas “sales de baño”) puede causar un cuadro clínico similar y sólo se puede distinguir de la intoxicación por estimulantes por la presencia de metabolitos de sustancias de tipo cocaína o anfetamina en una muestra de orina o plasma.

Intoxicación por estimulantes, abstinencia de estimulantes y trastornos mentales inducidos por estimulantes. Estimulante usar El trastorno se diferencia de la intoxicación por estimulantes, la abstinencia de estimulantes y los trastornos mentales inducidos por estimulantes (p. ej., trastorno depresivo inducido por estimulantes) en que el trastorno por uso de estimulantes describe un patrón problemático de uso de estimulantes que implica un control deficiente sobre el uso de estimulantes, deterioro social atribuible al estimulante uso, uso riesgoso de estimulantes (p. ej., uso continuo de estimulantes a pesar de las complicaciones médicas) y síntomas farmacológicos (el desarrollo de tolerancia o abstinencia), mientras que el estimulante

La intoxicación, la abstinencia de estimulantes y los trastornos mentales inducidos por estimulantes describen síndromes psiquiátricos que ocurren en el contexto de un uso intensivo. La intoxicación por estimulantes, la abstinencia de estimulantes y los trastornos mentales inducidos por estimulantes ocurren con frecuencia en personas con trastorno por consumo de estimulantes. En tales casos, se debe realizar un diagnóstico de intoxicación por estimulantes, abstinencia de estimulantes o trastorno mental inducido por estimulantes, además de un diagnóstico de trastorno por consumo de estimulantes, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Trastornos mentales independientes. Algunos de los efectos del uso de estimulantes pueden parecerse a los síntomas de trastornos mentales independientes, como psicosis (esquizofrenia) y mal humor (graves).

Machine Translated by Google

desorden depresivo). Discernir si estos comportamientos ocurrieron antes de la ingesta de la droga es importante para diferenciar los efectos agudos de la droga de un trastorno mental preexistente.

Comorbilidad Los

trastornos relacionados con los estimulantes a menudo coexisten con otros trastornos por uso de sustancias, especialmente aquellos que involucran sustancias con propiedades sedantes, que a menudo se toman para reducir el insomnio, el nerviosismo y otros efectos secundarios desagradables. Es probable que las personas admitidas en tratamiento por consumo de cocaína también consuman heroína, PCP o alcohol, y las personas admitidas por un trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico probablemente consuman marihuana, heroína o alcohol. El trastorno por consumo de estimulantes puede estar asociado con el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno del juego. Los problemas cardiopulmonares suelen estar presentes en personas que buscan tratamiento por problemas relacionados con la cocaína, siendo el dolor de pecho el más común. Los problemas médicos ocurren en respuesta a los adulterantes utilizados como agentes Los consumidores de cocaína que ingieren cocaína cortada con levamisol, un medicamento antimicrobiano y veterinario, pueden experimentar agranulocitosis y neutropenia febril.

Intoxicación por estimulantes

Criterios de diagnóstico

A. Consumo reciente de una sustancia tipo anfetamina, cocaína u otro estimulante.

B. Cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (p. ej., euforia o embotamiento afectivo; cambios en la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad, tensión o ira; conductas estereotipadas; deterioro del juicio) que se desarrollaron durante o poco después del uso de un estimulante.

C. Dos (o más) de los siguientes signos o síntomas, que se desarrollan durante o poco después después, uso de estimulantes:

1. Taquicardia o bradicardia.
2. Dilatación pupilar.
3. Presión arterial elevada o baja.
4. Transpiración o escalofríos.
5. Náuseas o vómitos.
6. Evidencia de pérdida de peso.
7. Agitación o retraso psicomotor.
8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o problemas cardíacos. arritmias.
9. Confusión, convulsiones, discinesias, distonías o coma.

D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación por otra sustancia.

Machine Translated by Google

Especifique el intoxicante en particular (es decir, sustancia tipo anfetamina, cocaína u otro estimulante).

Especificar

si: Con alteraciones de la percepción: Este especificador puede observarse cuando ocurren alucinaciones con pruebas de realidad intactas o ilusiones auditivas, visuales o táctiles en ausencia de delirio.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si el estimulante es una sustancia tipo anfetamina, cocaína u otro estimulante; si existe una comorbilidad de una sustancia tipo anfetamina, cocaína u otro trastorno por consumo de estimulantes; y si hay o no alteraciones de la percepción.

Para intoxicación por sustancias tipo anfetamina, cocaína u otros estimulantes, sin alteraciones de la percepción: si un trastorno leve por consumo de una sustancia tipo anfetamina u otro estimulante es comórbido, el código ICD-10-CM es F15.120, y si es moderado o grave. Si el trastorno por consumo de sustancias tipo anfetamina u otro estimulante es comórbido, el código ICD-10-CM es F15.220. Si no existe una comorbilidad de sustancias de tipo anfetamínico u otro trastorno por consumo de estimulantes, entonces el código ICD-10-CM es F15.920. De manera similar, si un trastorno leve por consumo de cocaína es comórbido, el código CIE-10-CM es F14.120, y si un trastorno moderado o grave por consumo de cocaína es comórbido, el código CIE-10-CM es F14.220. Si no existe un trastorno comórbido por consumo de cocaína, entonces el código ICD-10-CM es F14.920.

Para intoxicación por sustancias tipo anfetamina, cocaína u otros estimulantes, con alteraciones de la percepción: si un trastorno leve por consumo de una sustancia tipo anfetamina u otro estimulante es comórbido, el código ICD-10-CM es F15.122, y si es moderado o grave. Si el trastorno por consumo de sustancias tipo anfetamina u otro estimulante es comórbido, el código ICD-10-CM es F15.222. Si no existe una comorbilidad de sustancias de tipo anfetamínico u otro trastorno por consumo de estimulantes, entonces el código ICD-10-CM es F15.922. De manera similar, si un trastorno leve por consumo de cocaína es comórbido, el código CIE-10-CM es F14.122, y si un trastorno moderado o grave por consumo de cocaína es comórbido, el código CIE-10-CM es F14.222. Si no existe un trastorno comórbido por consumo de cocaína, entonces el código ICD-10-CM es F14.922.

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por estimulantes, relacionada con sustancias tipo anfetamina y cocaína, es la presencia de cambios conductuales o psicológicos clínicamente significativos que se desarrollan durante o poco después del uso de estimulantes (Criterios A y B). Las alucinaciones auditivas pueden ser prominentes, al igual que las ideas paranoicas, y estos síntomas deben distinguirse de un trastorno psicótico independiente como la esquizofrenia. La intoxicación por estimulantes generalmente comienza con una sensación de “euforia” e incluye uno o más de los siguientes: euforia con mayor vigor, gregarismo, hiperactividad, inquietud, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, locuacidad, ansiedad, tensión, estado de alerta, grandiosidad, comportamiento estereotipado y repetitivo. ira, deterioro del juicio y, en el caso de intoxicación crónica, embotamiento afectivo con fatiga o

Machine Translated by Google

tristeza y retraimiento social. Estos cambios conductuales y psicológicos van acompañados de dos o más de los siguientes signos y síntomas que se desarrollan durante o poco después del uso de estimulantes: taquicardia o bradicardia; dilatación pupilar; presión arterial elevada o baja; transpiración o escalofríos; náuseas o vómitos; evidencia de pérdida de peso; agitación o retraso psicomotor; debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor de pecho o arritmias cardíacas; y confusión, convulsiones, discinesias, distonías o coma (Criterio C). La intoxicación, ya sea aguda o crónica, a menudo se asocia con un deterioro del funcionamiento social u ocupacional. La intoxicación grave puede provocar convulsiones, arritmias cardíacas, hiperpirexia y la muerte. Para realizar el diagnóstico de intoxicación por estimulantes, los síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica ni deben explicarse mejor por otro trastorno mental.

(Criterio D). Si bien la intoxicación por estimulantes ocurre en individuos con trastornos por uso de estimulantes, la intoxicación no es un criterio para el trastorno por uso de estimulantes, lo cual se confirma por la presencia de 2 de los 11 criterios diagnósticos para el trastorno por uso de estimulantes.

Funciones asociadas

La magnitud y dirección de los cambios fisiológicos y de comportamiento dependen de muchas variables, incluida la dosis utilizada y las características del individuo que utiliza la sustancia o el contexto (p. ej., tolerancia, tasa de absorción, cronicidad del uso, contexto en el que se toma).
Los efectos estimulantes como euforia, aumento del pulso y la presión arterial y actividad psicomotora se observan con mayor frecuencia. Los efectos depresivos como tristeza, bradicardia, disminución de la presión arterial y disminución de la actividad psicomotora son menos comunes y generalmente surgen sólo con el uso crónico de dosis altas.

Predominio

Aunque se desconoce la prevalencia de la intoxicación por estimulantes, la prevalencia del uso de estimulantes puede utilizarse como indicador. Es posible que muchas personas que consumen estimulantes no presenten síntomas que cumplan plenamente con los criterios de intoxicación por estimulantes, lo que requiere "cambios psicológicos o de comportamiento problemáticos clínicamente significativos". Por lo tanto, las tasas de uso de estimulantes pueden considerarse los límites superiores de la prevalencia probable de intoxicación por estimulantes.

La prevalencia estimada del consumo de cocaína en los Estados Unidos en 12 meses es del 2,2% para personas de 12 años o más (0,5% entre personas de 12 a 17 años, 6,2% entre personas de 18 a 25 años y 1,7% entre personas de 26 años) y mas viejo); El 3% de los hombres/niños y el 1,4% de las mujeres/niñas consumieron cocaína en los últimos 12 meses. La prevalencia del consumo de cocaína en doce meses es del 2,3% entre los blancos, el 2,2% entre los hispanos, el 1,7% entre los afroamericanos y el 1% entre los asiáticoamericanos.

La prevalencia estimada del consumo de metanfetamina en los Estados Unidos en 12 meses es del 0,6% para personas de 12 años o más (0,2% entre personas de 12 a 17 años, 1,1% entre personas de 18 a 25 años y 0,6% entre personas de 26 años y más viejo). La prevalencia del consumo de metanfetamina en doce meses es del 0,8% entre hombres y niños y del 0,4% entre mujeres y niñas.
La prevalencia de doce meses del consumo de metanfetamina es del 0,7% entre los blancos, el 0,6% entre los hispanos, el 0,2% entre los afroamericanos y el 0,1% entre los asiáticoamericanos. Pequeña muestra

Machine Translated by Google

Los tamaños dificultan la estimación de las tasas entre los indios americanos y los nativos de Alaska.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales inducidos por estimulantes. La intoxicación por estimulantes se distingue de los trastornos mentales inducidos por estimulantes (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por estimulantes, que comienza durante la intoxicación) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en estos últimos trastornos exceden a los que se suelen observar en la intoxicación por estimulantes, predominan en el presentación clínica y cumplir con todos los criterios para el trastorno relevante.

Trastornos mentales independientes. Los trastornos mentales más destacados asociados con la intoxicación por estimulantes deben distinguirse de los síntomas de la esquizofrenia, los trastornos bipolares y depresivos, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico, tal como se describen en este manual.

Comorbilidad Dada

la superposición típica de la intoxicación por estimulantes con el trastorno por consumo de estimulantes, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de estimulantes para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que es probable que se presenten.

Criterios de diagnóstico

A. Cese (o reducción) del uso prolongado de sustancias tipo anfetamina, cocaína u otros estimulantes.

B. Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, desarrollándose entre unas pocas horas y varios días después del Criterio A: 1. Fatiga.
2. Sueños vívidos y desagradables.
3. Insomnio o hipersomnia.
4. Aumento del apetito.
5. Retraso o agitación psicomotora.

C. Los signos o síntomas del Criterio B causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia.

Especifique la sustancia particular que causa el síndrome de abstinencia (es decir, sustancia tipo anfetamina, cocaína u otro estimulante).

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si el estimulante es un

Machine Translated by Google

sustancia tipo anfetamina, cocaína u otro estimulante y sobre si existe o no un trastorno comórbido por consumo de sustancia tipo anfetamina, cocaína u otro estimulante. Si el trastorno leve por consumo de sustancias tipo anfetamina u otro estimulante es comórbido, el código ICD-10-CM es F15.13. Si hay comorbilidad moderada o grave de un trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico u otros estimulantes, el código ICD-10-CM es F15.23. Para la abstinencia de sustancias de tipo anfetamina u otros estimulantes que se produce en ausencia de un trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamina u otro estimulante (p. ej., en un paciente que toma anfetamina únicamente bajo supervisión médica adecuada), el código ICD-10-CM es F15.93. Si el trastorno leve por consumo de cocaína es comórbido, el código ICD-10-CM es F14.13. Si el trastorno por consumo de cocaína moderado o grave es comórbido, el código ICD-10-CM es F14.23. Para la abstinencia de cocaína que se produce en ausencia de un trastorno por consumo de cocaína, el código ICD-10-CM es F14.93.

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia de estimulantes es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla entre unas pocas horas y varios días después del cese (o reducción marcada) del uso de estimulantes (generalmente en dosis altas) que ha sido prolongado (Criterio A). . El síndrome de abstinencia se caracteriza por el desarrollo de un estado de ánimo disfórico acompañado de dos o más de los siguientes cambios fisiológicos: fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnio, aumento del apetito y retraso o agitación psicomotora (Criterio B). A menudo hay bradicardia y es una medida fiable de la abstinencia de estimulantes.

A menudo pueden estar presentes anhedonia y ansia de consumir drogas, pero no forman parte de los criterios de diagnóstico. Estos síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no deben ser atribuibles a otra condición médica y no deben explicarse mejor por otro trastorno mental (Criterio D).

Funciones asociadas

Los síntomas de abstinencia aguda (“un choque”) a menudo se observan después de períodos de uso repetitivo de dosis altas (“carreras” o “atracones”). Estos síntomas se caracterizan por sensaciones intensas y desagradables de lasitud y depresión y aumento del apetito, que generalmente requieren varios días de descanso y recuperación. Pueden ocurrir síntomas depresivos con pensamientos o conductas suicidas y generalmente son los problemas más graves que se observan durante el "accidente" u otras formas de abstinencia de estimulantes. Muchas personas con trastorno por consumo de estimulantes pueden experimentar un síndrome de abstinencia en algún momento.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales inducidos por estimulantes. La abstinencia de estimulantes se distingue de los trastornos mentales inducidos por estimulantes (p. ej., trastorno depresivo inducido por estimulantes, que comienza durante la abstinencia) porque los síntomas (p. ej., estado de ánimo deprimido) en estos últimos trastornos exceden a los asociados habitualmente con la abstinencia de estimulantes, predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica.

Machine Translated by Google

Comorbilidad Dada

la superposición típica de la abstinencia de estimulantes con el trastorno por consumo de estimulantes, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de estimulantes para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que probablemente se presenten.

Trastornos mentales inducidos por estimulantes

Los siguientes trastornos mentales inducidos por estimulantes (que incluyen trastornos mentales inducidos por sustancias de tipo anfetamínico, cocaína y otros trastornos mentales inducidos por estimulantes) se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (ver el apartado Inducido por sustancias/medicamentos). trastornos mentales en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por estimulantes (“Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”); trastorno bipolar y relacionados inducido por estimulantes (“Trastornos bipolares y relacionados”); trastorno depresivo inducido por estimulantes (“Trastornos depresivos”); trastorno de ansiedad inducido por estimulantes (“Trastornos de ansiedad”); trastorno obsesivo-compulsivo inducido por estimulantes (“trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados”); trastorno del sueño inducido por estimulantes (“trastornos del sueño-vigilia”); disfunción sexual inducida por estimulantes (“Disfunciones sexuales”); y trastorno neurocognitivo leve inducido por estimulantes (“trastornos neurocognitivos”). Para el delirio por intoxicación por estimulantes y el delirio inducido por estimulantes tomados según lo prescrito, consulte los criterios y la discusión sobre el delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". Estos trastornos mentales inducidos por estimulantes se diagnostican en lugar de intoxicación o abstinencia de estimulantes sólo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con estimulantes no especificados

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con estimulantes que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno relacionado con estimulantes específico o cualquier de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adicciones.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM depende de si el estimulante es una sustancia tipo anfetamina, cocaína u otro estimulante. El código CIE-10-CM para una sustancia de tipo anfetamina no especificada u otro trastorno relacionado con estimulantes es F15.99. El código ICD-10-CM para un trastorno no especificado relacionado con la cocaína es F14.99.

Trastornos relacionados con el tabaco

Trastorno por consumo de tabaco

Abstinencia de tabaco

Machine Translated by Google

Trastorno por consumo de tabaco

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón problemático de consumo de tabaco que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. El

tabaco a menudo se consume en cantidades mayores o durante un período más largo que lo habitual. destinado.

2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos por reducir o controlar el consumo de tabaco.

3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a actividades necesarias para obtener o consumir tabaco.

4. Ansia, o un fuerte deseo o necesidad de consumir tabaco.

5. Consumo recurrente de tabaco que resulta en el incumplimiento de obligaciones importantes a nivel trabajo, escuela u hogar (p. ej., interferencia con el trabajo).

6. Consumo continuo de tabaco a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del tabaco (p. ej., discusiones con otras personas sobre el consumo de tabaco).

7. Se abandonan o reducen importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de tabaco.

8. Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que resulta físicamente peligroso (p. ej., fumar en la cama).

9. Se continúa consumiendo tabaco a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por el tabaco.

10. Tolerancia, según lo definido por cualquiera de los siguientes:

a. Una necesidad de cantidades notablemente mayores de tabaco para lograr el efecto deseado. efecto.

b. Un efecto notablemente disminuido con el uso continuo de la misma cantidad de tabaco.

11. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes: a. El síndrome

de abstinencia característico del tabaco (consulte los Criterios A y B de los criterios establecidos para la abstinencia del tabaco). b. El tabaco (o una sustancia

estrechamente relacionada, como la nicotina) se toma para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especifique si:

Machine Translated by Google

En remisión temprana: después de que se cumplieron todos los criterios para el trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de tabaco durante al menos 3 meses, pero durante menos de 12 meses (con la excepción del Criterio A4, “Ansia o deseo de fumar”). fuerte deseo o impulso de consumir tabaco”, puede satisfacerse).

En remisión sostenida: Después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por consumo de tabaco, ninguno de los criterios para el trastorno por consumo de tabaco se ha cumplido en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción del Criterio A4, “Anhelo o deseo de fumar”). fuerte deseo o necesidad de consumir tabaco”, puede satisfacerse).

Especifique

si: En terapia de mantenimiento: El individuo está tomando un medicamento de mantenimiento a largo plazo, como un medicamento de reemplazo de nicotina, y no se han cumplido criterios para el trastorno por consumo de tabaco para esa clase de medicamento (excepto la tolerancia o la abstinencia de la nicotina). medicación sustitutiva).

En un ambiente controlado: este especificador adicional se utiliza si el individuo se encuentra en un ambiente donde el acceso al tabaco está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si también está presente una abstinencia de tabaco o un trastorno del sueño inducido por el tabaco, no utilice los códigos siguientes para el trastorno por consumo de tabaco. En cambio, el trastorno comórbido por consumo de tabaco se indica en el cuarto carácter del código de trastorno inducido por el tabaco (consulte la nota de codificación para la abstinencia de tabaco o el trastorno del sueño inducido por el tabaco). Por ejemplo, si hay un trastorno del sueño inducido por el tabaco y un trastorno por consumo de tabaco comórbidos, solo se proporciona el código del trastorno del sueño inducido por el tabaco, y el cuarto carácter indica si el trastorno por consumo de tabaco comórbido es moderado o grave: F17.208 para moderado o trastorno grave por consumo de tabaco con trastorno del sueño inducido por el tabaco. No está permitido codificar un trastorno comórbido leve por consumo de tabaco con un trastorno del sueño inducido por el tabaco.

Especifique la gravedad/remisión actual:

Z72.0 Leve: Presencia de 2 a 3 síntomas.

F17.200 Moderado: Presencia de 4 a 5 síntomas.

F17.201 Moderado, en remisión temprana F17.201

Moderado, en remisión sostenida F17.200 Grave:

Presencia de 6 o más síntomas.

F17.201 Grave, en remisión temprana F17.201

Grave, en remisión sostenida

Los

especificadores “En terapia de mantenimiento” se aplican como especificadores que deben agregarse a “en remisión” si el individuo se encuentra tanto en remisión como en terapia de mantenimiento. “En un ambiente controlado” se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente control

Machine Translated by Google

ambiente). Ejemplos de estos entornos son las cárceles libres de sustancias y estrechamente supervisadas, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave.

Características diagnósticas

El trastorno por consumo de tabaco puede desarrollarse con el uso de todas las formas de tabaco (p. ej., cigarrillos, tabaco de mascar, rapé, pipas, puros, dispositivos electrónicos de administración de nicotina, como cigarrillos electrónicos [cigarrillos electrónicos]) y con medicamentos recetados que contienen nicotina (chicles y parches de nicotina). La capacidad relativa de estos productos para producir trastorno por consumo de tabaco o inducir la abstinencia está asociada con la rapidez de la vía de administración (fumada, oral o transdérmica) y el contenido de nicotina del producto. El nombre de esta categoría de sustancias se cambió de “nicotina” en ediciones anteriores del DSM a “tabaco” en el DSM-5 debido a que los daños de la adicción se asociaban principalmente con el tabaco y mucho menos con la nicotina.

El trastorno por consumo de tabaco es común entre las personas que consumen cigarrillos y productos sin humo. tabaco diariamente, es menos común entre las personas que usan cigarrillos electrónicos y es poco común

entre aquellos que no consumen tabaco a diario ni utilizan medicamentos con nicotina. La tolerancia al tabaco se ejemplifica por la desaparición de las náuseas y los mareos después de su ingesta y por un efecto más intenso del tabaco la primera vez que se consume durante el día. El abandono del consumo de tabaco puede producir un síndrome de abstinencia bien definido. Muchas personas con trastorno por consumo de tabaco consumen tabaco para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia (p. ej., después de estar en una situación en la que su consumo está restringido). Muchas personas con trastorno por consumo de tabaco tienen síntomas o enfermedades físicas relacionadas con el tabaco y continúan fumando. La gran mayoría informa tener ansias cuando no fuma durante varias horas. Pasar demasiado tiempo consumiendo tabaco puede ejemplificarse con el tabaquismo empedernido (es decir, fumar un cigarrillo tras otro sin tiempo entre cigarrillos). Debido a que las fuentes de tabaco están disponibles fácil y legalmente, y debido a que la intoxicación por tabaco es muy rara, es poco común dedicar mucho tiempo a intentar conseguir tabaco o recuperarse de sus efectos. El abandono de importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas puede ocurrir cuando un individuo abandona una actividad porque ocurre en áreas restringidas al consumo de tabaco. El consumo de tabaco rara vez da como resultado el incumplimiento de obligaciones importantes (p. ej., interferencia con el trabajo o las responsabilidades domésticas), pero sí problemas sociales o interpersonales persistentes (p. ej., tener discusiones con otros sobre el consumo de tabaco, evitar situaciones sociales debido a la desaprobación del tabaco por parte de otros). uso) o el uso que es físicamente peligroso (p. ej., fumar en la cama, fumar cerca de productos químicos inflamables) ocurren con una prevalencia intermedia. Aunque estos criterios son menos frecuentemente respaldados por los consumidores de tabaco, si se respaldan, pueden indicar un trastorno más grave.

Funciones asociadas

Fumar dentro de los 30 minutos posteriores a despertarse, fumar diariamente, fumar más cigarrillos por día y despertarse por la noche para fumar se asocian con el trastorno por consumo de tabaco. Las señales ambientales pueden provocar anhelo y abstinencia. A menudo se producen afecciones médicas graves, como cáncer de pulmón y de otro tipo, enfermedades cardíacas y pulmonares, problemas perinatales, tos, dificultad para respirar y envejecimiento acelerado de la piel.

Machine Translated by Google

Predominio

Aunque los cigarrillos son el producto de tabaco más consumido, el uso de otros productos de tabaco (especialmente los cigarrillos electrónicos) se ha vuelto más común. En Estados Unidos, el 19% de los adultos consumió un producto de tabaco en el último año, el 19% consumió más de un producto, el 14% consumió cigarrillos, el 4% consumió cigarros, el 3% consumió cigarrillos electrónicos y el 2% consumió tabaco sin humo. Una cuarta parte (24%) de los fumadores actuales de EE. UU. son fumadores no diarios.

La prevalencia de 12 meses del trastorno por consumo de tabaco según el DSM-5 en los Estados Unidos en 2012-2013 fue del 20 % entre los adultos de 18 años o más y del 29,6 % entre los nativos americanos, el 22,3 % entre los blancos no latinos y el 20,1 % entre los afroamericanos. , 12,2% entre los latinos y 11,2% entre los asiáticoamericanos y los isleños del Pacífico. La prevalencia fue mayor entre los hombres; los que eran jóvenes, solteros, con menos educación, pobres o residían en el sur de los Estados Unidos; y aquellos con casi cualquier trastorno psiquiátrico. La prevalencia entre los fumadores diarios actuales es aproximadamente del 50%.

Las comparaciones globales muestran que en todas las regiones geográficas del mundo, la prevalencia estandarizada por edad del tabaquismo diario es mayor en hombres que en mujeres, pero la proporción entre géneros varía mucho, desde 16,9:1 en Asia Oriental hasta 1,2:1 en Australasia.

Desarrollo y curso Aproximadamente el

20% de los estudiantes de último año de secundaria de EE. UU. informan haber fumado cigarrillos alguna vez y alrededor del 5% lo han hecho en los últimos 30 días. Entre los adolescentes que fuman cigarrillos al menos una vez al mes, la mayoría de ellos se convertirán en consumidores diarios de tabaco en el futuro. El inicio del hábito de fumar después de los 21 años es raro. Algunos de los síntomas de los criterios del trastorno por consumo de tabaco (p. ej., ansia) ocurren poco después de comenzar a consumir tabaco, lo que sugiere que el proceso de adicción comienza con el consumo inicial; sin embargo, el cumplimiento de los criterios del DSM suele ocurrir a lo largo de varios años.

El tabaquismo no diario se ha vuelto más frecuente desde finales de la década de 1990 en Estados Unidos, especialmente entre personas de 18 a 34 años, negros, hispanos y personas con al menos educación universitaria.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los individuos con rasgos de personalidad externalizados tienen más probabilidades de iniciar el consumo de tabaco. Los niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad o trastorno de conducta, y los adultos con trastornos depresivos, bipolares, de ansiedad, de personalidad, psicóticos u otros trastornos por consumo de sustancias, tienen un mayor riesgo de iniciar y continuar con el consumo de tabaco y de trastorno por consumo de tabaco.

Ambiental. Las personas con bajos ingresos y bajos niveles educativos tienen más probabilidades de iniciar consumo de tabaco y tienen menos probabilidades de dejarlo.

Genético y fisiológico. Los factores genéticos contribuyen al inicio del consumo de tabaco, la continuación del consumo de tabaco y el desarrollo del trastorno por consumo de tabaco, con un grado de heredabilidad equivalente al observado con otros trastornos por consumo de sustancias (es decir, alrededor del 50%). Parte de este riesgo es específico del tabaco y otra parte es común con la vulnerabilidad a desarrollar cualquier trastorno por uso de sustancias.

Machine Translated by Google

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

La aceptación del consumo de tabaco varía según los contextos culturales. La prevalencia estandarizada por edad del tabaquismo diario varía mucho según la región geográfica, desde el 4,7% en África subsahariana occidental hasta el 24,2% en Europa oriental. No está claro hasta qué punto estas diferencias geográficas son resultado de los ingresos, la educación y las actividades de control del tabaco en un país.

La prevalencia del consumo de tabaco en los Estados Unidos varía según la edad, el género y el origen étnico-racial, con tasas más bajas de inicio del tabaquismo y progresión hacia el tabaquismo diario entre los jóvenes negros, especialmente las mujeres jóvenes. Los polimorfismos de las enzimas hepáticas que varían entre los grupos etnoraciales pueden afectar el metabolismo de la nicotina, contribuyendo a la variación en el comportamiento de fumar. Una mayor prevalencia del trastorno por consumo de tabaco también se asocia con la exposición al racismo y la discriminación étnica. La prevalencia de la dependencia de la nicotina del DSM-IV es mayor entre personas adultas lesbianas, gays y bisexuales que entre los heterosexuales, posiblemente también debido a una asociación con la exposición a la discriminación relacionada con la orientación sexual. Entre las personas con dependencia a la nicotina del DSM-IV, los ingresos y la educación más bajos se asocian con la persistencia del trastorno.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el género

La proporción de hombres y mujeres entre los fumadores estadounidenses es de aproximadamente 1,4:1 y se ha mantenido estable entre 2004 y 2014. Esta proporción es generalmente consistente en los distintos niveles de ingresos y educación. La proporción disminuye en los grupos de mayor edad, ya que a medida que aumenta la edad, menos hombres fuman. La literatura de varios entornos estadounidenses sugiere que el refuerzo negativo (es decir, que fumar alivia el afecto negativo) es un mayor motivador en las mujeres que en los hombres. Los efectos del ciclo menstrual sobre el tabaquismo se encuentran de manera inconsistente, pero la abstinencia del tabaco parece peor en la fase lútea que en la folicular del ciclo. Las mujeres embarazadas fuman a un ritmo menor que las no embarazadas, pero vuelven a fumar rápidamente después del parto.

Marcadores de diagnóstico

Los siguientes biomarcadores se pueden utilizar para medir el grado de consumo de tabaco o nicotina: monóxido de carbono en el aliento y nicotina y su metabolito cotinina en la sangre, la saliva o la orina; sin embargo, éstos sólo se asocian débilmente con el trastorno por consumo de tabaco.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Los datos de una encuesta nacional de EE. UU. muestran que el consumo de cigarrillos en el último año se asocia con un riesgo dos o tres veces mayor de pensamientos y comportamientos suicidas, y el riesgo aumenta a una edad más temprana en el primer consumo de tabaco. La evidencia de la Administración de Salud de Veteranos de EE. UU. muestra que incluso después del ajuste por covariables, el trastorno por consumo de tabaco se asocia con un mayor riesgo de suicidio. Un gran estudio de gemelos realizado en Finlandia encontró que la relación entre el consumo de tabaco y el suicidio aumentaba en una relación dosis-respuesta, y que en el caso de gemelos idénticos que no coincidían en el consumo de tabaco, el consumo de tabaco se asociaba con un riesgo seis veces mayor de suicidio.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de tabaco

Las consecuencias médicas del consumo de tabaco suelen comenzar cuando los consumidores de tabaco tienen más de 40 años y, por lo general,

Machine Translated by Google

volverse progresivamente más debilitante con el tiempo. La mitad de los fumadores que no dejan de consumir tabaco morirán prematuramente a causa de una enfermedad relacionada con el tabaco, y la morbilidad relacionada con el tabaquismo ocurre en más de la mitad de los consumidores de tabaco. La mayoría de las afecciones médicas son el resultado de la exposición al monóxido de carbono, alquitranes y otros componentes del tabaco sin nicotina. El principal predictor de reversibilidad es la duración del tabaquismo. El humo de segunda mano aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas y cáncer en un 30%. El uso prolongado de medicamentos con nicotina no parece causar daños médicos.

Comorbilidad Las

afecciones médicas más comunes derivadas del tabaquismo son las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer. Fumar también aumenta los problemas perinatales, como el bajo peso al nacer y los abortos espontáneos. La prevalencia del tabaquismo es casi el doble en personas con trastorno depresivo mayor; Aunque la prevalencia del tabaquismo en los Estados Unidos es mayor entre las personas con un nivel socioeconómico bajo, la mayor prevalencia del tabaquismo entre las personas con depresión es independiente del nivel socioeconómico. Las comorbilidades psiquiátricas más comunes asociadas con el tabaquismo son el alcohol y otras sustancias, la depresión, el trastorno bipolar, la ansiedad, la personalidad y los trastornos por déficit de atención/hiperactividad. En los Estados Unidos, las personas con un trastorno psiquiátrico tienen tres veces más probabilidades que otras de sufrir un trastorno por consumo de tabaco. Los adultos con trastorno por consumo de tabaco según el DSM-5 tienen significativamente más probabilidades que otros adultos de tener trastornos psiquiátricos comórbidos, incluidos otros trastornos por consumo de sustancias según el DSM-5, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático y Trastornos límite y antisocial de la

Abstinencia de tabaco

Criterios de diagnóstico F17.203

A. Uso diario de tabaco durante al menos varias semanas.

B. Cese abrupto del consumo de tabaco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido dentro de 24 horas de cuatro (o más) de los siguientes signos o síntomas: 1. Irritabilidad, frustración o ira.

2. Ansiedad.

3. Dificultad para concentrarse.

4. Aumento del apetito.

5. Inquietud.

6. Estado de ánimo deprimido.

7. Insomnio.

C. Los signos o síntomas del Criterio B causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Machine Translated by Google

D. Los signos o síntomas no se atribuyen a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia.

Nota de codificación: El código ICD-10-CM para la abstinencia de tabaco es F17.203. Tenga en cuenta que el código CIE-10-CM indica la presencia comórbida de un trastorno por consumo de tabaco moderado o grave, lo que refleja el hecho de que la abstinencia del tabaco sólo puede ocurrir en presencia de un trastorno por consumo de tabaco moderado o grave.

Características diagnósticas Los síntomas de abstinencia afectan la capacidad de dejar de consumir tabaco. Los síntomas tras la abstinencia de tabaco se deben en gran parte a la falta de nicotina. La abstinencia del tabaco es común entre los consumidores diarios de tabaco que dejan o reducen su consumo de tabaco. Los síntomas son más intensos entre las personas que fuman cigarrillos y también consumen tabaco sin humo o cigarrillos electrónicos a diario. Esta intensidad de los síntomas probablemente sea atribuible a la aparición más rápida y a los niveles más altos de nicotina al fumar cigarrillos. Es poco común que se produzca una abstinencia significativa entre aquellos que no consumen cigarrillos a diario o que sólo utilizan medicamentos con nicotina.

Por lo general, la frecuencia cardíaca disminuye entre 5 y 12 lpm en los primeros días después de dejar de fumar y el peso aumenta en un promedio de 4 a 7 libras (2 a 3 kg) durante el primer año después de dejar de fumar.
La abstinencia del tabaco puede producir cambios de humor y deterioro funcional clínicamente significativos.
Debido a los efectos condicionantes, la abstinencia puede ser provocada por señales ambientales como ver a otros fumar.
La reducción gradual del tabaco disminuye la gravedad de la abstinencia.

Funciones asociadas

El ansia de tabaco o nicotina es muy común durante la abstinencia y tiene un gran efecto en la capacidad de permanecer en abstinencia. La abstinencia puede aumentar la impulsividad y la anhedonia y puede disminuir el afecto positivo. La abstinencia de tabaco o nicotina también parece aumentar el deseo de comer alimentos dulces o azucarados y perjudica el desempeño en tareas que requieren vigilancia. Fumar aumenta el metabolismo de muchos medicamentos utilizados para tratar los trastornos mentales; por lo tanto, dejar de fumar puede aumentar los niveles sanguíneos de estos medicamentos y esto puede producir resultados clínicamente significativos. Este efecto parece deberse no a la nicotina sino a otros compuestos del tabaco.

Predominio

Aproximadamente el 50% de los fumadores diarios que dejan de fumar durante 2 o más días tendrán cuatro o más síntomas de abstinencia del tabaco. Los signos y síntomas más comúnmente manifestados son ansiedad, irritabilidad y dificultad para concentrarse. Los síntomas menos comúnmente respaldados son la depresión y el insomnio.

Desarrollo y evolución La abstinencia del tabaco suele comenzar dentro de las 24 horas siguientes a la interrupción o reducción del consumo de tabaco, alcanza su punto máximo 2 a 3 días después de la abstinencia y suele durar de 2 a 3 semanas. Los síntomas de abstinencia del tabaco pueden ocurrir entre los consumidores de tabaco adolescentes, incluso antes del consumo diario de tabaco. Pueden ocurrir síntomas prolongados más allá de 1 mes, pero son poco comunes.

Machine Translated by Google

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los fumadores con trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos de ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y otros trastornos por uso de sustancias tienen una abstinencia más grave.

Genético y fisiológico. El genotipo puede influir en la probabilidad de abstinencia tras la abstinencia.

Marcadores de diagnóstico

Los siguientes biomarcadores se pueden utilizar para medir el grado de consumo de tabaco o nicotina, pero sólo se asocian débilmente con la abstinencia del tabaco: monóxido de carbono en el aliento y nicotina y su metabolito cotinina en la sangre, la saliva y la orina.

Consecuencias funcionales de la abstinencia del tabaco

La abstinencia del tabaco puede causar malestar significativo y dificultad para funcionar en una minoría de fumadores, pero esto puede ser poco común. La abstinencia afecta la capacidad de suspender o controlar el consumo de tabaco. Es discutible si la abstinencia del tabaco puede provocar el desarrollo de un nuevo trastorno mental o la recurrencia de un trastorno mental, pero si esto ocurre, sería en una pequeña minoría de consumidores de tabaco.

Diagnóstico diferencial

Los síntomas de la abstinencia del tabaco se superponen con los de otros síndromes de abstinencia de sustancias (p. ej., abstinencia de alcohol; abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; abstinencia de estimulantes; abstinencia de cafeína; abstinencia de opioides); intoxicación por cafeína; trastornos de ansiedad, depresivos, bipolares y del sueño; y acatisia inducida por medicamentos. La admisión en unidades de hospitalización libres de humo o el abandono voluntario del hábito de fumar puede inducir síntomas de abstinencia que imitan, intensifican o disfrazan otros trastornos o efectos adversos de los medicamentos utilizados para tratar los trastornos mentales (p. ej., la irritabilidad que se cree que se debe a la abstinencia de alcohol podría deberse al tabaco). retiro). La reducción de los síntomas con el uso de nicotina confirma el diagnóstico.

Comorbilidad

Dada la superposición típica de la abstinencia del tabaco con el trastorno por consumo de tabaco, consulte "Comorbilidad" en Trastorno por consumo de tabaco para obtener más detalles sobre las condiciones concurrentes que probablemente se presenten.

Trastornos mentales inducidos por el tabaco

El trastorno del sueño inducido por el tabaco se analiza en el capítulo “Trastornos del sueño y la vigilia” (ver “Trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos”).

Trastorno no especificado relacionado con el tabaco

Machine Translated by Google

F17.209

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el tabaco que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno específico relacionado con el tabaco o cualquier de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias y adicciones.

Relacionadas con otras sustancias (o desconocidas) Trastornos

Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas)

Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas)

Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas)

Otros (o desconocidos) trastornos mentales inducidos por sustancias

Trastorno relacionado con otras sustancias no especificadas (o desconocidas)

Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas)

Criterios de diagnóstico

A. Un patrón problemático de consumo de una sustancia intoxicante que no puede clasificarse dentro del alcohol; cafeína; canabis; alucinógenos (fenciclidina y otros); inhalador; opioide; sedante, hipnótico o ansiolítico; estimulante; o categorías de tabaco y que conducen a un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos dos de los siguientes, que ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. La sustancia a menudo se toma en cantidades mayores o durante un período más largo que se pretendía.

2. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el uso de la sustancia.

3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para obtener la sustancia, utilizar la sustancia o recuperarse de sus efectos.

4. Ansia, o un fuerte deseo o impulso de consumir la sustancia.

5. Uso recurrente de la sustancia que resulte en el incumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o el hogar.

Machine Translated by Google

6. Uso continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de su uso.
7. Se abandonan o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas. reducido debido al uso de la sustancia.
8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que es físicamente peligroso.
9. El uso de la sustancia continúa a pesar de saber que tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, según lo definido por cualquiera de los siguientes:
    a. Una necesidad de cantidades notablemente mayores de la sustancia para lograr intoxicación o efecto deseado.
    b. Un efecto notablemente disminuido con el uso continuo de la misma cantidad de la substancia.
11. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes: a. El síndrome de abstinencia característico de otra sustancia (o desconocida) (consulte los Criterios A y B de los conjuntos de criterios para la abstinencia de otra sustancia [o desconocida]).

    b. La sustancia (o una sustancia estrechamente relacionada) se toma para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especifique

si: En remisión temprana: Después de que previamente se cumplieron todos los criterios para el trastorno por uso de otras sustancias (o desconocidas), no se cumplió ninguno de los criterios para el trastorno por uso de otras sustancias (o desconocidas) durante al menos 3 meses pero durante menos de 12 meses. (con la excepción de que se pueda cumplir el Criterio A4, “Anhelo o fuerte deseo o impulso de consumir la sustancia”).

En remisión sostenida: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para el trastorno por uso de otras sustancias (o desconocidas), ninguno de los criterios para el trastorno por uso de otras sustancias (o desconocidas) se cumplió en ningún momento durante un período de 12 meses o más (con la excepción de que se pueda cumplir el Criterio A4, “Anhelo o fuerte deseo o impulso de consumir la sustancia”).

Especificar

si: En un ambiente controlado: Este especificador adicional se utiliza si el individuo se encuentra en un ambiente donde el acceso a la sustancia está restringido.

Código basado en la gravedad/remisión actual: si hay intoxicación por otra sustancia (o desconocida), abstinencia de otra sustancia (o desconocida), u trastorno mental inducido por otra sustancia (o desconocida), no utilice los códigos siguientes para otros (o desconocido) trastorno por uso de sustancias. En cambio, el trastorno comórbido por uso de otras sustancias (o desconocidas) se indica en el cuarto carácter de la otra (o desconocida)

Machine Translated by Google

código de trastorno inducido por sustancias (consulte la nota de codificación para intoxicación por otras sustancias [o desconocidas], abstinencia de otras sustancias [o desconocidas] o trastorno mental específico inducido por otras sustancias [o desconocidas]). Por ejemplo, si hay un trastorno depresivo inducido por otras sustancias (o desconocidas) y un trastorno por uso de otras sustancias (o desconocidas) comórbidos, solo se proporciona el código del trastorno depresivo inducido por otras sustancias (o desconocidas), y el cuarto carácter indica si el El trastorno comórbido por consumo de otras sustancias (o desconocidas) es leve, moderado o grave: F19.14 para un trastorno por consumo de otras sustancias (o desconocidas) con trastorno depresivo inducido por otras sustancias (o desconocidas) o F19.24 para otro trastorno moderado o grave trastorno por uso de sustancias (o desconocidas) con otro trastorno depresivo inducido por sustancias (o desconocidas).

Especifique la gravedad/remisión actual:

F19.10 Leve: Presencia de 2 a 3 síntomas.

F19.11 Leve, en remisión temprana F19.11

Leve, en remisión sostenida F19.20 Moderado:

Presencia de 4 a 5 síntomas.

F19.21 Moderado, en remisión temprana F19.21

Moderado, en remisión sostenida F19.20 Grave:

Presencia de 6 o más síntomas.

F19.21 Grave, en remisión temprana F19.21

Grave, en remisión sostenida

Los especificadores "En un ambiente controlado" se aplican como un especificador adicional de remisión si el individuo se encuentra tanto en remisión como en un ambiente controlado (es decir, en remisión temprana en un ambiente controlado o en remisión sostenida en un ambiente controlado). Ejemplos de estos entornos son las cárceles libres de sustancias y estrechamente supervisadas, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas con llave.

Características diagnósticas La clase diagnóstica de trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas) se aplica a sustancias que no están incluidas en ninguna de las nueve clases de sustancias presentadas anteriormente en este capítulo (es decir, alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos [fenciclidina y otros]; inhalantes; opioides; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; Estas sustancias incluyen esteroides anabólicos; fármacos anti-inflamatorios no esteroideos; corticosteroides; medicamentos antiparkinsonianos; antihistamínicos; Óxido nitroso; nitritos de amilo, butilo o isobutilo; la nuez de betel, que se mastica en muchas regiones geográficas para producir una leve euforia y una sensación de flotación; y kava (de una planta de pimienta del Pacífico Sur), que produce euforia leve, sedación, falta de coordinación y pérdida de peso, así como efectos sobre la salud (p. ej., hepatitis leve, anomalías pulmonares). Tenga en cuenta que las sustancias gaseosas se incluyen en la categoría de inhalantes sólo si son agentes de hidrocarburos; otro

Machine Translated by Google

Las sustancias gaseosas (incluido el óxido nitroso mencionado anteriormente) se incluyen en la categoría de otras sustancias (o desconocidas). Los trastornos relacionados con sustancias desconocidas se asocian con sustancias no identificadas, como intoxicaciones en las que el individuo no puede identificar la droga ingerida, o trastornos por uso de sustancias que involucran drogas nuevas del mercado negro aún no identificadas o drogas familiares vendidas ilegalmente con nombres falsos.

Tenga en cuenta que las sustancias incluidas dentro del alcance de una de las clases de sustancias deben codificarse dentro de esa clase de sustancia respectiva y no es apropiado incluirlas en la categoría "otra sustancia". Por ejemplo, las siguientes sustancias están incluidas explícitamente en clases de sustancias específicas y no deben incluirse en la categoría “otras sustancias”: los cannabinoides sintéticos están incluidos en la categoría de cannabis; el propofol está incluido en la categoría de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; y las catinonas (incluidos los agentes de la planta khât y los derivados químicos sintéticos) están incluidas en la categoría de estimulantes.

El trastorno por uso de otras sustancias (o desconocidas) es un trastorno mental en el que el uso repetido de otra sustancia o de una sustancia desconocida generalmente continúa, a pesar de que el individuo sabe que la sustancia le está causando problemas graves. Esos problemas se reflejan en los criterios diagnósticos. Cuando la sustancia es conocida pero no encaja dentro de ninguna de las otras nueve clases de sustancias, debe reflejarse al registrar y codificar el nombre del trastorno (por ejemplo, “trastorno por uso de óxido nitroso”, utilizando el código aplicable para otros [o desconocidos]).] trastorno por uso de sustancias).

Funciones asociadas

Un diagnóstico de trastorno por uso de otras sustancias (o desconocidas) está respaldado por cualquiera de los siguientes: el uso informado por parte del individuo de una sustancia que no se encuentra entre las nueve clases enumeradas en este capítulo; episodios recurrentes de intoxicación con resultados negativos en las pruebas de detección de drogas estándar, que pueden no detectar sustancias nuevas o de uso poco frecuente; y la presencia de síntomas característicos de una sustancia no identificada que ha aparecido recientemente en la comunidad del individuo.

Debido al acceso al óxido nitroso (“gas de la risa”), la membresía en ciertas poblaciones puede estar asociada con el uso frecuente de la sustancia y posiblemente con un diagnóstico de trastorno por uso de óxido nitroso. El papel de este gas como agente anestésico conduce a un mal uso por parte de algunos profesionales médicos y dentales, y su uso como propulsor para productos comerciales (por ejemplo, dispensadores de crema batida) contribuye al mal uso por parte de los trabajadores del servicio de alimentos. El uso indebido de óxido nitroso por parte de adolescentes y adultos jóvenes es significativo, y algunas personas con un uso muy frecuente pueden presentar complicaciones médicas y afecciones mentales graves, como mieloneuropatía, degeneración combinada subaguda de la médula espinal, neuropatía periférica y psicosis.

El uso de gases nitritos de amilo, butilo e isobutilo (y similares) es frecuente entre los hombres homosexuales y algunos adolescentes, especialmente aquellos con trastornos de conducta.

Los trastornos por uso de sustancias generalmente se asocian con riesgos elevados de suicidio, pero no existe evidencia de factores de riesgo únicos para el suicidio con otro trastorno por uso de sustancias (o desconocido).

Predominio

Según datos extremadamente limitados, la prevalencia de la mayoría de los otros trastornos por uso de sustancias (o desconocidas) es probablemente menor que la de los trastornos por uso que involucran las nueve clases de sustancias en este estudio.

Machine Translated by Google

capítulo. Para ciertas sustancias gaseosas, la prevalencia del uso no es rara (la prevalencia a lo largo de la vida en la población de hogares de EE. UU. para personas de 12 años o más se estima en 4,6% para el óxido nitroso y 2,5% para los nitritos), pero ¿con qué frecuencia los patrones de uso califican para un Se desconoce el trastorno por consumo.

Desarrollo y evolución Ningún patrón único

de desarrollo o evolución caracteriza a otros trastornos farmacológicamente variados (o desconocidos) por uso de sustancias. A menudo, los trastornos por uso de sustancias desconocidas se reclasificarán cuando finalmente se identifique la sustancia desconocida.

Factores de riesgo y pronóstico Los factores de

riesgo y pronóstico para otros trastornos por uso de sustancias (o desconocidos) se cree que son similares a los de la mayoría de los trastornos por uso de sustancias e incluyen la presencia de cualquier otro trastorno por uso de sustancias, trastorno de conducta o trastorno de personalidad antisocial en el individuo. o la familia del individuo; aparición temprana de problemas de sustancias; fácil disponibilidad de la sustancia en el entorno del individuo; maltrato o trauma infantil; y evidencia de autocontrol temprano limitado y desinhibición conductual.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura Ciertas

culturas pueden estar asociadas con otros trastornos por uso de sustancias (o desconocidos) que involucran sustancias autóctonas específicas dentro de la región cultural, como la nuez de betel.

Marcadores de diagnóstico Las

pruebas de orina, aliento o saliva pueden identificar correctamente una sustancia de uso común que se vende falsamente como un producto novedoso. Sin embargo, las pruebas clínicas de rutina generalmente no pueden identificar sustancias verdaderamente inusuales o nuevas, lo que puede requerir pruebas en laboratorios especializados.

Diagnóstico diferencial

Uso de otras sustancias o sustancias desconocidas sin cumplir los criterios de trastorno por uso de otras sustancias (o sustancias desconocidas).

El uso de sustancias desconocidas no es raro entre los adolescentes, pero la mayor parte del uso no cumple con el estándar de diagnóstico de dos o más criterios para el trastorno por uso de otras sustancias (o sustancias desconocidas) en un período de 12 meses.

Trastornos por uso de sustancias. Otros trastornos por uso de sustancias (o desconocidos) pueden coexistir con varios trastornos por uso de sustancias que involucran cualquiera de las nueve clases de sustancias presentadas anteriormente en este capítulo, y los síntomas de los trastornos pueden ser similares y superponerse. Para desentrañar los patrones de síntomas, es útil preguntar qué síntomas persistieron durante los períodos en los que algunas de las sustancias no se consumían.

Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), abstinencia de otras sustancias (o desconocidas) y trastornos mentales inducidos por otras sustancias (o desconocidas).

El trastorno por uso de otras sustancias (o desconocidas) se diferencia de la intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), la abstinencia de otras sustancias (o desconocidas) y los trastornos mentales inducidos por otras sustancias (o desconocidas) (p. ej., trastorno bipolar inducido por corticosteroides y trastorno relacionado). en que el trastorno por uso de otra sustancia (o desconocida) describe un patrón problemático de uso de la otra sustancia (o desconocida) que implica un control deficiente sobre el uso de la sustancia, social

Machine Translated by Google

deterioro atribuible al uso de la sustancia, uso riesgoso de la sustancia (p. ej., uso continuo a pesar de complicaciones médicas) y síntomas farmacológicos (el desarrollo de

tolerancia o abstinencia), mientras que la intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), la abstinencia de otras sustancias (o desconocidas) y los trastornos mentales inducidos por otras sustancias (o desconocidas) describen síndromes psiquiátricos que ocurren en el contexto de un consumo intenso. La intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), la abstinencia de otras sustancias (o desconocidas) y los trastornos mentales inducidos por otras sustancias (o desconocidas) pueden ocurrir en personas con un trastorno por uso de otras sustancias (o desconocidas). En tales casos, se debe realizar un diagnóstico de intoxicación por otra sustancia (o desconocida), abstinencia de otra sustancia (o desconocida), u trastorno mental inducido por otra sustancia (o desconocida), además de un diagnóstico de consumo de otra sustancia (o desconocida). trastorno, cuya presencia se indica en el código de diagnóstico.

Comorbilidad Los

trastornos por consumo de sustancias, incluido el trastorno por consumo de otras sustancias (o desconocidos), suelen tener comorbilidades entre sí, con el trastorno de conducta en la adolescencia y con el trastorno de personalidad antisocial.

Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas)

Criterios de diagnóstico

A. El desarrollo de un síndrome reversible de sustancia específica atribuible a la ingestión reciente (o exposición a) de una sustancia que no figura en otra lista o es desconocida.

B. Cambios conductuales o psicológicos problemáticos clínicamente significativos que sean atribuibles al efecto de la sustancia en el sistema nervioso central (p. ej., alteración de la coordinación motora, agitación o retraso psicomotor, euforia, ansiedad, beligerancia, labilidad del estado de ánimo, deterioro cognitivo, alteración del juicio, aislamiento social) y se desarrollan durante o poco después del uso de la sustancia.

C. Los signos o síntomas no son atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación por otra sustancia.

Especificar

si: Con alteraciones de la percepción: Este especificador puede observarse cuando ocurren alucinaciones con pruebas de realidad intactas o ilusiones auditivas, visuales o táctiles en ausencia de delirio.

Nota de codificación: El código CIE-10-CM depende de si existe un trastorno comórbido por consumo de otra sustancia (o desconocida) que involucre la misma sustancia y de si hay o no alteraciones de la percepción.

Machine Translated by Google

Para intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), sin alteraciones de la percepción: si un trastorno leve por uso de otras sustancias (o desconocidas) es comórbido, el código ICD-10-CM es F19.120, y si es moderado o grave (o desconocido) El trastorno por uso de sustancias es comórbido, el código ICD-10-CM es F19.220. Si no hay ningún trastorno comórbido por uso de otras sustancias (o desconocidas), entonces el código ICD-10-CM es F19.920.

Para intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), con alteraciones de la percepción: si un trastorno leve por uso de otras sustancias (o desconocidas) es comórbido, el código ICD-10-CM es F19.122, y si es moderado o grave (o desconocido) El trastorno por uso de sustancias es comórbido, el código ICD-10-CM es F19.222. Si no hay ningún trastorno comórbido por uso de otras sustancias (o desconocidas), entonces el código ICD-10-CM es F19.922.

Nota: Para obtener información sobre factores de riesgo y pronóstico, problemas de diagnóstico relacionados con el cultivo y marcadores de diagnóstico, consulte las secciones correspondientes en Otro (o Desconocido)
Trastorno por consumo de sustancias.

Características diagnósticas La

característica esencial de la intoxicación por otras sustancias (o desconocidas) es la presencia de cambios conductuales o psicológicos clínicamente significativos que se desarrollan durante o inmediatamente después del uso de a) una sustancia no incluida dentro de una de las nueve clases de sustancias presentadas en este capítulo (es decir, alcohol; cafeína; cannabis; fenciclidina y otros alucinógenos; inhalantes; opioides; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; estimulantes; o tabaco) o b) una sustancia desconocida.
Si se conoce la sustancia, debe reflejarse en el nombre del trastorno al codificarlo (p. ej., “intoxicación por kava”).

La aplicación de los criterios de diagnóstico para la intoxicación por otras sustancias (o desconocidas) es un gran desafío. El criterio A requiere el desarrollo de un “síndrome de sustancia específica” reversible, pero si se desconoce la sustancia, ese síndrome generalmente será desconocido. Para resolver este conflicto, los médicos pueden preguntarle al individuo u obtener antecedentes colaterales sobre si el individuo ha experimentado un episodio similar después de consumir sustancias con el mismo nombre “calle” o de la misma fuente. De manera similar, los departamentos de emergencia de los hospitales a veces reconocen en unos pocos días numerosas presentaciones de un síndrome de intoxicación grave y desconocido por una sustancia recién disponible y previamente desconocida. Debido a la gran variedad de sustancias intoxicantes, el Criterio B sólo puede proporcionar ejemplos amplios de signos y síntomas de algunas intoxicaciones, sin umbral para el número de síntomas necesarios para un diagnóstico; El juicio clínico guía esas decisiones. El criterio C requiere descartar otras condiciones médicas, trastornos mentales o intoxicaciones.

Predominio

Se desconoce la prevalencia de la intoxicación por otras sustancias (o desconocidas).

Desarrollo y curso

Machine Translated by Google

Las intoxicaciones suelen aparecer y luego alcanzar su punto máximo minutos u horas después del uso de la sustancia, pero el inicio y el curso varían según la sustancia y la vía de administración. Generalmente, las sustancias utilizadas por inhalación pulmonar e inyección intravenosa tienen un inicio de acción más rápido, mientras que las que se ingieren por vía oral y requieren metabolismo hasta convertirse en un producto activo son mucho más lentas. (Por ejemplo, después de la ingestión de ciertos hongos, los primeros signos de una intoxicación eventualmente fatal pueden no aparecer hasta pasados unos días). Los efectos de la intoxicación generalmente se resuelven en cuestión de horas o muy pocos días. Sin embargo, el cuerpo puede eliminar por completo un gas anestésico como el óxido nitroso apenas unos minutos después de finalizar su uso. En el otro extremo, algunas sustancias intoxicantes que se dan a la fuga envenenan los sistemas y dejan daños permanentes. Por ejemplo, el MPTP (1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetrahidropiridina), un subproducto contaminante en la síntesis de un determinado opioide, mata las células dopaminérgicas e induce parkinsonismo permanente en personas que habían buscado opioides. intoxicación.

Consecuencias funcionales de otra sustancia (o desconocida) Intoxicación

El deterioro por intoxicación con cualquier sustancia puede tener consecuencias graves, incluyendo disfunción en el trabajo, indiscreciones sociales, problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de obligaciones, accidentes de tráfico, peleas, comportamientos de alto riesgo (es decir, tener relaciones sexuales sin protección) y abuso de sustancias o sustancias. sobredosis de medicamentos. El patrón de consecuencias variará según la sustancia en particular.

Diagnóstico diferencial Uso de otra sustancia

o sustancia desconocida, sin cumplir criterios de intoxicación por otra sustancia (o desconocida).

El individuo usó otra sustancia o sustancias desconocidas, pero la dosis fue insuficiente para producir síntomas que cumplieran con los criterios de diagnóstico requeridos para el diagnóstico.

 Las sustancias familiares pueden venderse en el mercado negro como productos novedosos, y las personas pueden experimentar intoxicación por esas sustancias. Los antecedentes, los exámenes toxicológicos o las pruebas químicas de la sustancia en sí pueden ayudar a identificarla. La intoxicación por otras sustancias se distingue de otros trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por corticosteroides) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en estos últimos trastornos exceden aquellos (si se conocen) generalmente asociados con la sustancia específica. intoxicación, predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica.

Otros trastornos tóxicos, metabólicos, traumáticos, neoplásicos, vasculares o infecciosos que afectan la función cerebral y la cognición.

Numerosas afecciones neurológicas y otras afecciones médicas pueden producir una rápida aparición de signos y síntomas que imitan los de las intoxicaciones, incluidos los ejemplos del Criterio B.
Paradójicamente, también hay que descartar la abstinencia de drogas; por ejemplo, el letargo puede indicar abstinencia de una droga o intoxicación por otra sustancia.

Comorbilidad

Machine Translated by Google

Como ocurre con todos los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno de conducta en la adolescencia, el trastorno de personalidad antisocial y otros trastornos por uso de sustancias tienden a coexistir con la intoxicación por otras sustancias (o por sustancias desconocidas).

Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas)

Criterios de diagnóstico

A. Cese (o reducción) del uso de una sustancia que ha sido intensa y prolongado.

B. El desarrollo de un síndrome específico de sustancia poco después del cese (o reducción) del consumo de sustancias.

C. El síndrome de sustancia específica causa malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida la abstinencia de otra sustancia.

E. La sustancia involucrada no puede clasificarse en ninguna de las otras categorías de sustancias (alcohol; cafeína; cannabis; opioides; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; estimulantes; o tabaco) o es desconocida.

Especificar

si: Con alteraciones de la percepción: Este especificador puede observarse cuando ocurren alucinaciones con pruebas de realidad intactas o ilusiones auditivas, visuales o táctiles en ausencia de delirio.

Nota de codificación: El código CIE-10-CM depende de si existe o no un trastorno comórbido por consumo de otras sustancias (o desconocida) y de si existen o no alteraciones de la percepción.

Para la abstinencia de otras sustancias (o desconocidas), sin alteraciones de la percepción: si un trastorno leve por uso de otras sustancias (o desconocidas) es comórbido, el código ICD-10-CM es F19.130, y si es moderado o grave (o desconocido) El trastorno por uso de sustancias es comórbido, el código ICD-10-CM es F19.230. Si no hay ningún trastorno comórbido por uso de otras sustancias (o desconocidas) (p. ej., en un paciente que toma otra sustancia [o desconocida] únicamente bajo supervisión médica adecuada), entonces el código ICD-10-CM es F19.930.

Para la abstinencia de otras sustancias (o desconocidas), con alteraciones de la percepción: si un trastorno leve por uso de otras sustancias (o desconocidas) es comórbido, el código ICD-10-CM es

F19.132, y si se trata de un trastorno por uso de otras sustancias (o desconocida) moderado o grave

Machine Translated by Google

es comórbido, el código ICD-10-CM es F19.232. Si no hay ningún trastorno comórbido por uso de otras sustancias (o desconocidas) (p. ej., en un paciente que toma otra sustancia [o desconocida] únicamente bajo supervisión médica adecuada), entonces el código ICD-10-CM es F19.932.

Nota: Para obtener información sobre factores de riesgo y pronóstico y marcadores de diagnóstico, consulte las secciones correspondientes en Trastorno por consumo de otras sustancias (o desconocidas).

Características diagnósticas La

abstinencia de otras sustancias (o desconocidas) es un síndrome clínicamente significativo que se desarrolla durante o dentro de unas pocas horas o días después de reducir o finalizar la dosis de una sustancia (Criterios A y B). Aunque la reducción o interrupción reciente de la dosis suele quedar clara en la historia clínica, otros procedimientos de diagnóstico son muy difíciles si se desconoce el fármaco. El criterio B requiere el desarrollo de un "síndrome de sustancia específica" (es decir, los signos y síntomas del individuo deben corresponder con el síndrome de abstinencia conocido de la droga recientemente suspendida), un requisito que rara vez se puede cumplir con una sustancia desconocida. En consecuencia, el juicio clínico debe guiar tales decisiones cuando esta información es limitada. El criterio D requiere descartar otras afecciones médicas, trastornos mentales o abstinencia de sustancias familiares. Cuando se conoce la sustancia, debe reflejarse en el nombre del trastorno al codificarlo (p. ej., "abstinencia de nuez de betel").

Predominio

Se desconoce la prevalencia de la abstinencia de otras sustancias (o desconocidas).

Desarrollo y evolución Los signos de

abstinencia suelen aparecer algunas horas después de finalizar el uso de la sustancia, pero el inicio y la evolución varían mucho, dependiendo de la dosis típicamente utilizada y la velocidad de eliminación de la sustancia específica del cuerpo. En su máxima gravedad, los síntomas de abstinencia de algunas sustancias implican sólo niveles moderados de malestar, mientras que la abstinencia de otras sustancias puede ser fatal. La disforia asociada a la abstinencia a menudo motiva la recaída en el consumo de sustancias. Los síntomas de abstinencia disminuyen lentamente a lo largo de días, semanas o meses, según el fármaco en particular y las dosis a las que el individuo se vuelve tolerante.

Consecuencias funcionales de otra sustancia (o desconocida) Retiro

La abstinencia de cualquier sustancia puede tener consecuencias graves, incluidos signos y síntomas físicos (p. ej., malestar, cambios en los signos vitales, malestar abdominal, dolor de cabeza), deseo intenso de consumir drogas, ansiedad, depresión, agitación, síntomas psicóticos o deterioro cognitivo. Estas consecuencias pueden conducir a problemas como disfunción en el trabajo, problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de las obligaciones del rol, accidentes de tráfico, peleas, conductas de alto riesgo (p. ej., tener relaciones sexuales sin protección), intentos de suicidio y sobredosis de sustancias o medicamentos. El patrón de consecuencias variará según la sustancia en particular.

Machine Translated by Google

Diagnóstico diferencial

Reducción de la dosis después de una dosis prolongada, pero sin cumplir los criterios para la abstinencia de otras sustancias (o desconocidas).

El individuo consumió otras sustancias (o desconocidas), pero la dosis utilizada fue insuficiente para producir síntomas que cumplieran con los criterios requeridos para el diagnóstico de abstinencia.

Abstinencia de sustancias u otros trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos. Las sustancias familiares pueden venderse en el mercado negro como productos novedosos, y las personas pueden experimentar abstinencia al suspender esas sustancias. Historial, exámenes de toxicología o

Las pruebas químicas de la sustancia misma pueden ayudar a identificarla. La abstinencia de otras sustancias se distingue de otros trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por venlafaxina, que comienza durante la abstinencia) porque los síntomas (p. ej., ansiedad) en estos últimos trastornos exceden los síntomas (si se conocen) generalmente asociados con la abstinencia de una sustancia específica, predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica.

Otros trastornos tóxicos, metabólicos, traumáticos, neoplásicos, vasculares o infecciosos que afectan la función cerebral y la cognición.

Numerosas afecciones neurológicas y otras afecciones médicas pueden producir una rápida aparición de signos y síntomas que imitan los de la abstinencia. Paradójicamente, también deben descartarse las intoxicaciones por drogas; por ejemplo, el letargo puede indicar abstinencia de una droga o intoxicación por otra sustancia.

Comorbilidad

Como ocurre con todos los trastornos relacionados con sustancias, es probable que el trastorno de conducta en la adolescencia, el trastorno de personalidad antisocial y otros trastornos por uso de sustancias coexistan con la abstinencia de otras sustancias (o desconocidas).

Mental inducido por otra sustancia (o desconocida) Trastornos

Debido a que la categoría de otras sustancias o sustancias desconocidas está inherentemente mal definida, el alcance y el alcance de estos trastornos mentales inducidos por sustancias son inciertos. Sin embargo, otros (o desconocidos) trastornos mentales inducidos por sustancias son posibles y se describen en otros capítulos del manual con trastornos con los que comparten fenomenología (consulte los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): otros (o desconocidos) trastorno psicótico inducido por sustancias (“Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”); trastorno bipolar y relacionado inducido por otras sustancias (o desconocidas) (“trastornos bipolares y relacionados”); trastorno depresivo inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas (“trastornos depresivos”); otros trastornos de ansiedad inducidos por sustancias (o desconocidas) (“trastornos de ansiedad”); trastorno obsesivo-compulsivo inducido por otras sustancias (o desconocidas) (“trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados”); trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas) (“trastornos del sueño-vigilia”); disfunción sexual inducida por otras sustancias (o desconocidas) (“Disfunciones sexuales”); y otros (o desconocidos)

Machine Translated by Google

Trastorno neurocognitivo leve o mayor inducido por sustancias/medicamentos (“Trastornos neurocognitivos”). Para el delirio por intoxicación inducido por otras sustancias (o desconocidas), el delirio por abstinencia inducido por otras sustancias (o desconocidas) y el delirio inducido por otras sustancias (o desconocidas) tomadas según lo prescrito, consulte los criterios y la discusión sobre el delirio en el capítulo "Trastornos neurocognitivos". .” Estos trastornos mentales inducidos por otras sustancias (o desconocidas) se diagnostican en lugar de la intoxicación por otras sustancias (o desconocidas) o la abstinencia de otras sustancias (o desconocidas) sólo cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica independiente.

Otra sustancia no especificada (o desconocida) relacionada Trastorno

F19.99

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que se presentan síntomas característicos de otro trastorno relacionado con otra sustancia (o desconocida) que causa malestar o malestar clínicamente significativo.

661

Predomina el deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen todos los criterios para ningún otro trastorno específico (o desconocido) relacionado con sustancias o cualquiera de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos relacionados con sustancias.

Trastornos no relacionados con sustancias

Trastorno del juego

Criterios de diagnóstico F63.0

A. Conducta problemática de juego persistente y recurrente que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, según lo indicado por el individuo que exhibe cuatro (o más) de los siguientes en un período de 12

meses: 1. Necesita apostar con cantidades crecientes de dinero para poder lograr el excitación deseada.

2. Está inquieto o irritable cuando intenta reducir o dejar de jugar.

3. Ha realizado repetidos esfuerzos infructuosos para controlar, reducir o detener juego.

4. A menudo está preocupado por el juego (p. ej., tiene pensamientos persistentes sobre

Machine Translated by Google

revivir experiencias pasadas de juego, hacer handicaps o planificar la próxima aventura, pensar en formas de conseguir dinero para apostar).

5. A menudo juega cuando se siente angustiado (p. ej., impotente, culpable, ansioso, deprimido).
6. Después de perder dinero jugando, a menudo regresa otro día para vengarse ("perseguir" las pérdidas).
7. Mentiras para ocultar el alcance de su participación en el juego.
8. Ha puesto en peligro o perdido una relación importante, un trabajo u oportunidad educativa o profesional debido al juego.
9. Depende de otros para que le proporcionen dinero para aliviar situaciones financieras desesperadas causadas por el juego.

B. La conducta de juego no se explica mejor por un episodio maníaco.

Especifique

si: Episódico: Cumple los criterios de diagnóstico en más de un momento, con síntomas que disminuyen entre períodos de trastorno del juego durante al menos varios meses.

Persistente: Experimentar síntomas continuos, para cumplir con los criterios de diagnóstico durante varios años.

Especifique

si: En remisión temprana: después de que se cumplieron todos los criterios para el trastorno del juego, no se cumplió ninguno de los criterios para el trastorno del juego durante al menos 3 meses pero durante menos de 12 meses.

En remisión sostenida: después de que se cumplieron todos los criterios para el trastorno del juego, no se cumplió ninguno de los criterios para el trastorno del juego durante un período de 12 meses o más.

Especifique la gravedad actual:

Leve: se cumplen entre 4 y 5 criterios.

Moderado: se cumplen entre 6 y 7 criterios.

Grave: se cumplen entre 8 y 9 criterios.

Nota: Aunque algunas afecciones conductuales que no implican la ingestión de sustancias tienen similitudes con los trastornos relacionados con sustancias, sólo un trastorno (el trastorno del juego) tiene datos suficientes para incluirse en esta sección.

La gravedad de los especificadores se basa en el número de criterios aprobados. Las personas con trastorno de juego leve pueden exhibir sólo 4 a 5 de los criterios, y los criterios respaldados con mayor frecuencia generalmente están relacionados con la preocupación por el juego y la "persecución" de pérdidas. Los individuos con trastorno de juego moderadamente grave presentan más criterios (es decir, 6-7). Los individuos con la forma más grave exhibirán

Machine Translated by Google

todos o la mayoría de los nueve criterios (es decir, 8–9). Poner en peligro las relaciones u oportunidades profesionales debido al juego y depender de otros para que proporcionen dinero para las pérdidas en el juego suelen ser los criterios menos respaldados y ocurren con mayor frecuencia entre aquellos con un trastorno de juego más grave. Además, las personas que acuden para recibir tratamiento por trastorno del juego suelen tener formas del trastorno de moderadas a graves.

Características de diagnóstico El

juego implica arriesgar algo de valor con la esperanza de obtener algo de mayor valor. En muchas culturas, las personas apuestan en juegos y eventos, y la mayoría lo hace sin experimentar problemas. Sin embargo, algunas personas desarrollan un deterioro sustancial relacionado con sus conductas de juego. La característica esencial del trastorno del juego es una conducta de juego desadaptativa persistente y recurrente que altera las actividades personales, familiares y/o vocacionales (Criterio A). El trastorno de juego se define como un conjunto de cuatro o más de los síntomas enumerados en el Criterio A que ocurren en cualquier momento durante el mismo período de 12 meses.

Puede desarrollarse un patrón de “perseguir las propias pérdidas”, con una necesidad urgente de continuar apostando (a menudo haciendo apuestas más grandes o asumiendo mayores riesgos) para deshacer una pérdida o una serie de pérdidas. El individuo puede abandonar una estrategia de juego e intentar recuperar las pérdidas de una vez. Aunque muchos jugadores pueden “perseguir” durante períodos cortos de tiempo, es la “persecución” frecuente, y a menudo de larga duración, la característica del trastorno del juego (Criterio A6). Los individuos pueden mentir a sus familiares, terapeutas u otras personas para ocultar el alcance de su participación en el juego; Estos casos de engaño también pueden incluir, entre otros, encubrir comportamientos ilegales como falsificación, fraude, robo o malversación de fondos para obtener dinero para apostar (Criterio A7).
Los individuos también pueden adoptar un comportamiento de “rescate”, recurriendo a familiares u otras personas en busca de ayuda para una situación financiera desesperada causada por el juego (Criterio A9).

En algunos casos, los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno del juego pueden ocurrir como consecuencia fisiológica directa de tomar medicamentos dopaminérgicos, como los utilizados para tratar la enfermedad de Parkinson. Cuando estos síntomas son inducidos por un medicamento, estos casos se diagnosticarían como trastorno del juego.

Funciones asociadas

Las personas con trastorno del juego pueden presentar distorsiones en el pensamiento (p. ej., negación, supersticiones, sensación de poder y control sobre el resultado de acontecimientos fortuitos, exceso de confianza). Muchas personas con trastorno del juego creen que el dinero es tanto la causa como la solución de sus problemas. Algunas personas con trastorno del juego son impulsivas, competitivas, enérgicas, inquietas y se aburren con facilidad; pueden estar demasiado preocupados por la aprobación de los demás y pueden ser generosos hasta el punto de la extravagancia al ganar. Otras personas con trastorno del juego están deprimidas y solas, y pueden jugar cuando se sienten impotentes, culpables o deprimidas.

Predominio

La tasa de prevalencia del trastorno del juego en el último año es de aproximadamente 0,2% a 0,3% en la población general de EE. UU., con un rango de 0,1% a 0,7% observado en estudios internacionales. En el

Machine Translated by Google

En la población general de EE. UU., la tasa de prevalencia a lo largo de la vida es de aproximadamente 0,4% a 1,0%. Para las mujeres, la tasa de prevalencia a lo largo de la vida del trastorno del juego es de aproximadamente el 0,2%, y para los hombres es de aproximadamente el 0,6%. La prevalencia a 12 meses del trastorno del juego según el DSM-5 varía entre los grupos etnoraciales de Estados Unidos: es del 0,52% en afroamericanos, del 0,25% en latinos y del 0,23% en blancos no latinos.

Desarrollo y curso La aparición del trastorno del juego puede ocurrir durante la adolescencia o la edad adulta temprana, pero en otros individuos se manifiesta durante la edad adulta media o incluso mayor. Generalmente, el trastorno del juego se desarrolla a lo largo de los años, aunque la progresión parece ser más rápida en las mujeres que en los hombres. Los datos nacionales de Estados Unidos y Canadá muestran que la mayoría de las personas que desarrollan un trastorno del juego presentan un patrón de juego que aumenta gradualmente tanto en frecuencia como en cantidad de apuestas. Ciertamente, las formas más leves pueden convertirse en casos más graves.

La mayoría de las personas con trastorno del juego informan que uno o dos tipos de juego les resultan más problemáticos, aunque algunas personas participan en muchas formas de juego.

Es probable que los individuos participen en ciertos tipos de juegos de azar (p. ej., comprar billetes para raspar diariamente) con más frecuencia que otros (p. ej., jugar a las máquinas tragamonedas o al blackjack en el casino semanalmente).

La frecuencia del juego puede estar relacionada más con el tipo de juego que con la gravedad del trastorno de juego en general. Por ejemplo, comprar un billete rasca y gana cada día puede no ser problemático, mientras que los casinos, los deportes o los juegos de cartas menos frecuentes pueden ser parte de un trastorno del juego. De manera similar, las cantidades de dinero gastadas en apuestas no son en sí mismas indicativas de un trastorno del juego. Algunas personas pueden apostar miles de dólares al mes y no tener problemas con el juego, mientras que otras pueden apostar cantidades mucho más pequeñas pero experimentan importantes dificultades relacionadas con el juego.

Los patrones de juego pueden ser regulares o episódicos, y el trastorno del juego puede ser persistente o estar en remisión. El juego puede aumentar durante períodos de estrés o depresión y durante períodos de consumo o abstinencia de sustancias. Puede haber períodos de juego intenso y problemas graves, períodos de abstinencia total y períodos de juego no problemático. El trastorno del juego a veces se asocia con remisiones espontáneas a largo plazo. Sin embargo, algunas personas subestiman su vulnerabilidad a desarrollar un trastorno del juego o a recaer después de la remisión.

Cuando se encuentran en un período de remisión, pueden suponer incorrectamente que no tendrán problemas para regular el juego y que pueden participar en algunas formas de juego sin problemas, sólo para experimentar una recaída del trastorno del juego.

La expresión temprana del trastorno del juego es más común entre los hombres jóvenes (de 18 a 21 años) que entre las mujeres jóvenes. Las personas que comienzan a jugar en la juventud suelen hacerlo con familiares o amigos. El desarrollo del trastorno del juego en los primeros años de vida parece estar asociado con la impulsividad y el abuso de sustancias. Los juegos de azar por Internet se han relacionado con juegos de azar peligrosos y problemáticos entre los jóvenes y pueden realizarse de una manera más aislada (es decir, sin pares). Algunas características de los videojuegos (por ejemplo, cajas de botín o cajas de botín que contienen premios determinados al azar que pueden ser de mayor o menor valor o atractivo) se superponen con el comportamiento de juego y pueden influir en el curso del trastorno del juego. Muchos estudiantes de secundaria y universitarios que desarrollan un trastorno del juego lo superan con el tiempo, aunque para algunos sigue siendo un problema de por vida. La aparición del trastorno del juego en la mediana edad y en edades avanzadas es más común entre las mujeres que entre los hombres.

Machine Translated by Google

Existen variaciones de edad y género en el tipo de actividades de juego y las tasas de prevalencia del trastorno del juego. El trastorno del juego en los Estados Unidos es más común entre personas jóvenes y de mediana edad que entre adultos mayores. Entre los adultos jóvenes estadounidenses (de 18 a 21 años), el trastorno es más prevalente en hombres jóvenes que en mujeres jóvenes. Las personas más jóvenes prefieren diferentes formas de juego (por ejemplo, apuestas deportivas), mientras que los adultos mayores tienen más probabilidades de desarrollar problemas con las máquinas tragamonedas y el bingo. Aunque las proporciones de personas que buscan tratamiento para el trastorno del juego son bajas en todos los grupos de edad en los Estados Unidos, es especialmente improbable que las personas más jóvenes se presenten para recibir tratamiento.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. El juego que comienza en la niñez o la adolescencia temprana se asocia con mayores tasas de trastorno del juego. El trastorno por juego también parece sumarse al trastorno de personalidad antisocial, los trastornos depresivos y bipolares y otros trastornos por consumo de sustancias, en particular el trastorno por consumo de alcohol.

Genético y fisiológico. El trastorno del juego puede agregarse en familias y este efecto parece estar relacionado tanto con factores ambientales como genéticos. Los problemas de juego son más frecuentes en gemelos monocigóticos que en dicigóticos. El trastorno por juego también es más prevalente entre los familiares de primer grado de personas con trastorno por consumo de alcohol de moderado a grave que entre la población general.

Modificadores de curso. Es probable que muchas personas, incluidos adolescentes y adultos jóvenes, resuelvan sus problemas de juego con el tiempo, aunque un fuerte predictor de futuros problemas de juego son los problemas de juego previos. Se ha descubierto que la psicopatología, incluidos los trastornos por déficit de atención/hiperactividad y ansiedad, está asociada con un mayor riesgo de aparición de trastorno del juego entre quienes juegan y con la persistencia de los síntomas del trastorno del juego a lo largo del tiempo.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

Los tipos de actividades de juego varían según los contextos culturales y los grupos etnoraciales (p. ej., pai gow, peleas de gallos, blackjack, carreras de caballos). Algunas poblaciones indígenas de Canadá, Nueva Zelanda y Estados Unidos tienen altas tasas de prevalencia de problemas con el juego, posiblemente relacionadas con oportunidades económicas limitadas, la expectativa de que el juego pueda ayudar a promover objetivos sociales y la ubicación de casinos en algunas tierras tribales de Estados Unidos. Las personas nacidas en Estados Unidos tienen tasas más altas de problemas con el juego que los inmigrantes de primera generación en Estados Unidos. La aprobación de criterios de trastorno específicos puede variar entre los grupos etnoraciales. Por ejemplo, entre las personas con problemas de juego, los estadounidenses de origen asiático pueden tener menos probabilidades que otros grupos de respaldar la preocupación por el juego (Criterio A4), mientras que los afroamericanos y los latinos pueden tener más probabilidades de respaldar esfuerzos repetidos e infructuosos para controlar el juego (Criterio A3). .

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Los

hombres desarrollan trastornos del juego en mayor proporción que las mujeres, aunque esta brecha de género puede estar reduciéndose. Los datos de poblaciones que buscan tratamiento han sugerido que las mujeres pueden desarrollar

Machine Translated by Google

Los problemas de juego se desarrollan más rápidamente después del inicio del juego (lo que se conoce como telescoping), aunque los datos de la población general sugieren que los hombres progresan más rápidamente hacia los trastornos del juego que las mujeres. Aunque las mujeres buscan tratamiento antes que los hombres, las tasas de búsqueda de tratamiento en las encuestas nacionales de EE. UU. son bajas (<10%) entre las personas con trastorno del juego, independientemente del género.

Las mujeres pueden jugar como un enfoque desadaptativo del afecto negativo, mientras que los hombres pueden jugar más por la emoción de hacerlo. En comparación con los hombres, las mujeres también pueden sentir más vergüenza relacionada con el juego. Los hombres tienden a apostar en formas diferentes de juegos de azar que las mujeres, siendo los juegos de cartas, deportes y carreras de caballos más frecuentes entre los hombres, y los juegos de máquinas tragamonedas y bingo más comunes entre las mujeres. Las mujeres con trastorno del juego tienen más probabilidades que los hombres con trastorno del juego de sufrir trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas En un estudio estadounidense,

hasta la mitad de las personas en tratamiento por trastorno de juego en Connecticut informaron tener pensamientos suicidas y alrededor del 17% informaron intentos de suicidio. Un estudio de registro a nivel nacional en Suecia demostró que, en comparación con las personas sin trastorno del juego, las personas de entre 20 y 74 años con trastorno del juego tienen una tasa de mortalidad por suicidio 15 veces mayor.

Consecuencias funcionales del trastorno del juego Algunas áreas del funcionamiento

psicosocial, de salud y de salud mental pueden verse afectadas negativamente por el trastorno del juego. Específicamente, las personas con trastorno de juego pueden, debido a su participación en el juego, poner en peligro o perder relaciones importantes con familiares o amigos. Estos problemas pueden surgir por mentir repetidamente a otros para encubrir el alcance del juego o por solicitar dinero que se utiliza para apostar o para pagar deudas de juego.

El empleo o las actividades educativas también pueden verse afectados negativamente por el trastorno del juego; El ausentismo o el bajo rendimiento laboral o escolar pueden ocurrir con el trastorno del juego, ya que las personas pueden jugar durante el trabajo o el horario escolar o estar preocupadas por el juego o sus consecuencias adversas cuando deberían estar trabajando o estudiando. Las personas con trastorno de juego en una muestra nacional de EE. UU. tenían una salud general deficiente y utilizaban servicios médicos a un alto nivel.
tarifas.

Diagnóstico diferencial Juego no

trastornado. El trastorno del juego debe distinguirse del juego profesional y social. En el juego profesional, los riesgos son limitados y la disciplina es fundamental. El juego social suele ocurrir con amigos o colegas y dura un período de tiempo limitado, con pérdidas aceptables. Algunas personas pueden experimentar problemas asociados con el juego (p. ej., comportamiento de persecución a corto plazo y pérdida de control) que no cumplen todos los criterios del trastorno del juego.

Episodio maníaco. Durante un episodio maníaco puede producirse pérdida del juicio y juego excesivo. Sólo se debe dar un diagnóstico adicional de trastorno del juego si la conducta de juego no se explica mejor por episodios maníacos (p. ej., antecedentes de conducta de juego desadaptativa en momentos distintos de un episodio maníaco). Alternativamente, una persona con trastorno de juego puede,

Machine Translated by Google

Durante un período de juego, exhiben un comportamiento que se asemeja a un episodio maníaco, pero una vez que el individuo deja el juego, estos rasgos maníacos se disipan.

Desorden de personalidad. Los problemas con el juego pueden ocurrir en personas con trastorno de personalidad antisocial y otros trastornos de la personalidad. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, se pueden diagnosticar ambos.

Síntomas de juego debido a medicamentos dopaminérgicos. Algunas personas que toman medicamentos dopaminérgicos (p. ej., para la enfermedad de Parkinson) pueden experimentar impulsos de jugar que pueden ser lo suficientemente angustiosos o perjudiciales como para cumplir con los criterios del trastorno del juego. En tales casos, estaría justificado un diagnóstico de trastorno del juego.

Comorbilidad

El trastorno del juego se asocia con una mala salud general. Además, algunas afecciones médicas específicas, como la taquicardia y la angina, son más comunes entre las personas con trastorno del juego que en la población general, incluso cuando se controlan otros trastornos por uso de sustancias, incluido el trastorno por consumo de tabaco. En encuestas nacionales de EE. UU., las personas con trastorno del juego tienen altas tasas de comorbilidad con otros trastornos mentales, como trastornos por uso de sustancias, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad. En algunos individuos, otros trastornos mentales pueden preceder al trastorno del juego y estar ausentes o presentes durante la manifestación del trastorno del juego. El trastorno del juego también puede ocurrir antes de la aparición de otros trastornos mentales, especialmente los trastornos bipolares y relacionados, los trastornos de ansiedad y los trastornos por uso de sustancias. En una encuesta nacional de EE. UU., en aproximadamente tres cuartas partes de los casos de personas con trastorno de juego y otro trastorno mental, otra psicopatología precedió al trastorno de juego.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Trastornos neurocognitivos

Los trastornos neurocognitivos (ENT) comienzan con el delirio, seguido de los síndromes de ENT mayores, ENT leves y sus subtipos etiológicos. Los subtipos de ENT principales o leves son las ENT debidas a la enfermedad de Alzheimer; ENT vasculares; ENT con cuerpos de Lewy; ENT debidas a la enfermedad de Parkinson; ENT frontotemporal; ENT debida a lesión cerebral traumática; ENT debidas a la infección por VIH; ENT inducidas por sustancias o medicamentos; ENT debida a la enfermedad de Huntington; ENT debida a enfermedades priónicas; ENT debido a otra condición médica; ENT por múltiples etiologías; y ENT no especificadas. La categoría de ENT abarca el grupo de trastornos en los que el déficit clínico primario es la función cognitiva y que son adquiridos más que del desarrollo
Aunque los déficits cognitivos están presentes en muchos, si no en todos, los trastornos mentales (p. ej., esquizofrenia, trastornos bipolares), sólo los trastornos cuyas características principales son cognitivas se incluyen en la categoría de ENT. Las ENT son aquellas en las que el deterioro cognitivo no ha estado presente desde el nacimiento o en una etapa muy temprana de la vida y, por lo tanto, representa una disminución con respecto a un nivel de funcionamiento previamente alcanzado.

Las ENT son únicas entre las categorías del DSM-5 en el sentido de que son síndromes cuya patología subyacente, y frecuentemente también su etiología, pueden potencialmente determinarse. Las diversas entidades patológicas subyacentes han sido objeto de extensas investigaciones, experiencia clínica y consenso de expertos sobre los criterios de diagnóstico. Los criterios del DSM-5 para estos trastornos se han desarrollado en estrecha consulta con los grupos de expertos para cada una de las entidades patológicas y se alinean lo más estrechamente posible con los criterios de consenso actuales para cada una de ellas. También se analiza la utilidad potencial de los biomarcadores en relación con el diagnóstico. La demencia se incluye en la nueva entidad denominada trastorno neurocognitivo mayor, aunque no se excluye el uso del término demencia en los subtipos etiológicos en los que ese término es estándar. Además, el DSM-5 reconoce un nivel menos grave de deterioro cognitivo, el trastorno neurocognitivo leve, que también puede ser un foco de atención. Se proporcionan criterios diagnósticos para ambas entidades sindrómicas, seguidos de criterios diagnósticos para los diferentes subtipos etiológicos. Varias de las ENT frecuentemente coexisten entre sí, y sus relaciones pueden caracterizarse múltiples veces bajo diferentes subtítulos de capítulos, incluyendo “Diagnóstico diferencial” (p. ej., ENT debida a la enfermedad de Alzheimer versus ENT vascular), “Factores de riesgo y pronóstico” (p. ej., patología vascular que aumenta la expresión clínica de la enfermedad de Alzheimer), o “Comorbilidad” (p. ej., enfermedad de Alzheimer mixta-patología vascular).

El término demencia se conserva en el DSM-5 por motivos de continuidad y puede utilizarse en entornos donde los médicos y los pacientes estén acostumbrados a este término. Aunque demencia es el término habitual para trastornos como las demencias degenerativas que generalmente afectan a los adultos mayores, el término trastorno neurocognitivo se usa ampliamente y a menudo se prefiere para afecciones que afectan a personas más jóvenes, como el deterioro secundario a una lesión cerebral traumática o una infección por VIH.
Además, la definición de ENT importante es algo más amplia que el término demencia, en el sentido de que se puede hacer un diagnóstico de ENT importante si hay un deterioro cognitivo significativo en un solo dominio cognitivo, mientras que un diagnóstico de demencia en la CIE-10 y la CIE-11 (y anteriormente en

Machine Translated by Google

DSM-IV) requiere múltiples déficits cognitivos. Por lo tanto, los casos que calificarían en la CIE-10 y la CIE-11 (y anteriormente en el DSM-IV) para un diagnóstico de trastorno amnésico (deterioro de la memoria en ausencia de otros déficits cognitivos) se diagnostican como ENT grave en el DSM-5.

668

Dominios neurocognitivos Los criterios

para las diversas ENT se basan en dominios cognitivos definidos. La Tabla 1 proporciona para cada uno de los dominios clave una definición práctica, ejemplos de síntomas u observaciones relacionadas con impedimentos en las actividades cotidianas y ejemplos de evaluaciones. Los dominios así definidos, junto con las directrices para los umbrales clínicos, forman la base sobre la cual se pueden diagnosticar las ENT, sus niveles y sus subtipos.

669

TABLA 1 Dominios neurocognitivos

Dominio cognitivo Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
Atención compleja (atención sostenida, atención dividida, atención selectiva, velocidad de procesamiento)	Mayor: Tiene mayor dificultad en entornos con múltiples estímulos (TV, radio, conversación); a lo largo del tiempo (por ejemplo, presonar un botón cada vez que se escucha un tono y durante un competitivos en el entorno. No puede asistir a menos que la período de tiempo). Se distrae fácilmente con eventos entrada sea Atención selectiva: Mantenimiento de la atención restringido y simplificado. Tiene dificultad para retener a pesar de estímulos competitivos o distractores: nueva información en mente, como recordar escuchar números y letras leídas y solicitadas a números de teléfono o direcciones que se le acaban de dar, o contar solo letras. informando lo que se acaba de decir. Es incapaz de atención dividida: atender a dos tareas dentro de realizar cálculos mentales. Todo pensamiento requiere el mismo período de tiempo; aprender una procesar deben simplificarse a uno o unos pocos. rápidamente es más largo de lo habitual y los componentes a cuantificar en cualquier tarea cronometrándola (por historia que se lee. La velocidad de procesamiento se puede ejemplo, Leve: las tareas normales toman más tiempo que antes. tiempo para armar un diseño de bloques; tiempo para Comienza a encontrar errores en tareas de rutina; encuentra símbolos coincidentes con números; velocidad en el trabajo necesita más verificación que respuesta, como contar la velocidad o la serie 3 anteriormente. Pensar es más fácil cuando no es velocidad). competir con otras cosas (radio, televisión, otras conversaciones, teléfono móvil, conducir).
Función ejecutiva enfocarse en una tarea a la vez. Necesita actividades instrumentales de la memoria diaria, requiere mayor esfuerzo para completar la predominantes/ inhibición, flexibilidad mental)	Mayor: Abandona proyectos complejos. Necesita (planificar, corrección, hábitos proyectos multietapa. Tiene mayor dificultad para realizar múltiples tareas o dificultad para reanudar una tarea interrumpida por un visitante o una llamada telefónica. Puede quejarse de una mayor fatiga por el esfuerzo adicional necesario para organizar, planificar y tomar decisiones. May informa que las grandes reuniones sociales son más agotadoras o menos agradables debido al mayor esfuerzo requerido para seguir conversaciones cambiantes.
	Planificación: Capacidad para encontrar la salida a un laberinto; Interpretar una imagen secuencial o una disposición de objetos.
	Toma de decisiones: Realización de tareas que evalúan el proceso de decisión frente a alternativas competitivas (p. ej., juego simulado).
	Memoria de trabajo: capacidad de retener información durante un breve período y manipularla (p. ej., sumar una lista de números o repetir una serie de números o palabras hacia atrás).
	Utilización de comentarios/errores: capacidad de beneficiarse a partir de la retroalimentación para inferir las reglas para resolver un problema.
	Hábitos predominantes/inhibición: capacidad de elegir una solución más compleja y que requiera más esfuerzo para ser correcta (por ejemplo, apartar la mirada de la dirección indicada por una flecha; nombrar el color de la fuente de una palabra en lugar de nombrar la palabra).

Machine Translated by Google

		fuente de la palabra en lugar de nombrar la palabra). Flexibilidad mental/cognitiva: capacidad de cambiar entre dos conceptos, tareas o reglas de respuesta (p. ej., de número a letra, de respuesta verbal a pulsación de tecla, de sumar números a ordenar números, de ordenar objetos por tamaño a ordenar por color).
670 Aprendizaje y memoria (memoria inmediata, memoria reciente [incluido el recuerdo libre, el recuerdo con claves y la memoria de reconocimiento], memoria a muy largo plazo [semántica; autobiográfica], aprendizaje implícito)	Mayor: se repite en una conversación, a menudo dentro de la misma conversación. No puedo realizar un seguimiento de la lista corta de artículos cuando hago compras o de los planes para el día. Requiere recordatorios frecuentes para orientarse en la tarea en cuestión. Leve: Tiene dificultad para recordar eventos recientes y depende cada vez más de hacer listas o calendarios. Necesita recordatorios ocasionales o relecturas para realizar un seguimiento de los personajes de una película o novela. Ocasionalmente puede repetirse a lo largo de algunas semanas con la misma persona. Pierde la pista de si ya se han pagado las facturas. Nota: Excepto en formas graves de trastorno neurocognitivo importante, el aprendizaje semántico, autobiográfico e implícito está relativamente preservado, en comparación con la memoria reciente.	Capacidad de memoria inmediata: capacidad de repetir una lista de palabras o dígitos. Nota: La memoria inmediata a veces se incluye en la “memoria de trabajo” (consulte “Función ejecutiva”). Memoria reciente: Evalúa el proceso de codificación de nueva información (p. ej., listas de palabras, una historia corta o diagramas). Los aspectos de la memoria reciente que se pueden evaluar incluyen 1) recuerdo libre (se le pide al individuo que recuerde tantas palabras, diagramas o elementos de una historia como sea posible); 2) recuerdo con claves (el examinador ayuda a recordar proporcionando claves semánticas como “Enumere todos los alimentos de la lista” o “Nombre a todos los niños del cuento”); y 3) memoria de reconocimiento (el examinador pregunta sobre elementos específicos, por ejemplo, "¿Estaba 'manzana' en la lista?" o "¿Viste este diagrama o figura?"). Otros aspectos de la memoria que pueden evaluarse incluyen la memoria semántica (memoria de hechos), la memoria autobiográfica (memoria de eventos personales o personas) y el aprendizaje implícito (procedimental) (aprendizaje inconsciente de habilidades).
Lenguaje (lenguaje expresivo [incluidos nombres, búsqueda de palabras, fluidez, gramática y sintaxis] y lenguaje receptivo	Mayor: Tiene dificultades significativas con lenguaje expresivo o receptivo. A menudo utiliza frases de uso general como "esa cosa" y "sabes lo que quiero decir", y prefiere pronombres generales en lugar de nombres. Con una discapacidad grave, es posible que ni siquiera recuerde los nombres de amigos y familiares más cercanos. Se producen usos idiosincrásicos de palabras, errores gramaticales y espontaneidad en la producción y economía de las expresiones. Se produce estereotipia del habla; La ecolalia y el habla automática suelen preceder al mutismo. Leve: Tiene notable dificultad para encontrar palabras. Puede sustituir términos generales por términos específicos. Puede evitar el uso de nombres específicos de conocidos. Los errores gramaticales implican omisiones sutiles o uso incorrecto de artículos, preposiciones, verbos auxiliares, etc.	Lenguaje expresivo: denominación confrontativa (identificación de objetos o imágenes); fluidez (p. ej., nombrar tantos elementos como sea posible en una categoría semántica [p. ej., animales] o fonémica [p. ej., palabras que comienzan con “f”] en 1 minuto). Gramática y sintaxis (p. ej., omisión o uso incorrecto de artículos, preposiciones, verbos auxiliares): los errores observados durante las pruebas de denominación y fluidez se comparan con las normas para evaluar la frecuencia de los errores y compararlos con los deslices lingüísticos normales. Lenguaje receptivo: Comprensión (palabra tareas de definición y señalización de objetos que involucran estímulos animados e inanimados): realización de acciones/ actividades de acuerdo con una orden verbal.
671 Perceptual-motora (incluye habilidades subsumidas bajo los términos percepción visual, visuoconstruccional, perceptivo-motora, praxis y gnosis)	Mayor: Tiene dificultades significativas con actividades previamente familiares (usar herramientas, conducir vehículos motorizados), navegar en entornos familiares; A menudo se confunde más al anochecer, cuando las sombras y los niveles de luz cada vez más bajos cambian las percepciones. Leve: Es posible que necesite confiar más en mapas u otros para direcciones. Utiliza notas y sigue a otros para llegar a un nuevo lugar. Puede sentirse perdido o volteado cuando no se concentra en la tarea. Es menos preciso al aparcar. Necesita dedicar un mayor esfuerzo a tareas espaciales como carpintería, montaje, costura o tejido.	Percepción visual: las tareas de bisección de líneas pueden ser Se utiliza para detectar defectos visuales básicos o negligencia atencional. Las tareas de percepción libre motora (incluido el reconocimiento facial) requieren la identificación y/o comparación de figuras; mejor cuando las tareas no pueden ser mediadas verbalmente (p. ej., las figuras no son objetos); algunos requieren la decisión de si una figura puede ser “real” o no en función de la dimensionalidad. Visuoconstructivo: ensamblaje de elementos que requieren coordinación mano-ojo, como dibujar, copiar y ensamblar bloques. Perceptivo-motor: Integrando la percepción con

Machine Translated by Google

	ensamblar, coser o tejer.	Perceptivo-motor: integrar la percepción con un movimiento decidido (p. ej., insertar bloques en un tablero sin señales visuales; insertar rápidamente clavijas en un tablero ranurado). Praxis: Integridad de los movimientos aprendidos, como la capacidad de imitar gestos (decir adiós) o hacer pantomima con el uso de objetos para ordenar ("Muéstrame cómo usarías un martillo"). Gnosis: Integridad perceptiva de la conciencia y el reconocimiento, como el reconocimiento de rostros y colores.
Cognición social (reconocimiento de emociones, teoría de la mente)	Mayor: Comportamiento claramente fuera de lo social aceptable. muestra insensibilidad a los estándares sociales de modestia en la vestimenta o a temas de conversación políticos, religiosos o sexuales. Se centra excesivamente en un tema a pesar del desinterés del grupo o de la retroalimentación directa. Intención de comportamiento sin tener en cuenta a familiares o amigos. Toma decisiones sin tener en cuenta la seguridad (p. ej., ropa inapropiada para el clima o el entorno social). Normalmente, tiene poca idea de estos cambios. Leve: tiene cambios sutiles en el comportamiento o la actitud, a menudo descritos como un cambio en la personalidad, como una menor capacidad para reconocer señales sociales o leer expresiones faciales, disminución de la empatía, aumento de la extraversión o introversión, disminución de la inhibición o apatía o inquietud sutil o episódica.	Reconocimiento de emociones: Identificación de rango; emoción en imágenes de rostros que representan una variedad de emociones tanto positivas como negativas. Teoría de la mente: capacidad de considerar el estado mental de otra persona (pensamientos, deseos, intenciones) o la experiencia: tarjetas de historias con preguntas para obtener información sobre el estado mental de los individuos retratados, como "¿Dónde buscará la niña el bolso perdido? " o "¿Por qué está triste el niño?"

Delirio

Criterios de diagnóstico

A. Una alteración de la atención (es decir, capacidad reducida para dirigir, enfocar, mantener y cambiar la atención) acompañada de una menor conciencia del entorno.

B. La alteración se desarrolla durante un corto período de tiempo (generalmente de unas horas a unos pocos días), representa un cambio con respecto a la atención y la conciencia básicas y tiende a fluctuar en gravedad durante el transcurso de un día.

C. Una alteración adicional en la cognición (p. ej., déficit de memoria, desorientación, lenguaje, capacidad visuoespacial o percepción).

D. Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otro trastorno neurocognitivo preexistente, establecido o en evolución y no ocurren en el contexto de un nivel de excitación severamente reducido, como el coma.

E. Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra condición médica, intoxicación o abstinencia de sustancias (es decir, debido a una droga de abuso o a un medicamento), o exposición a una toxina, o se debe a múltiples etiologías.

Machine Translated by Google

Especificar si:

Aguda: Dura unas pocas 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 labilidad del estado de ánimo, agitación y/o negativa a cooperar con atención médica.

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

Nivel de actividad mixto: El individuo tiene un nivel normal de psicomotricidad. actividad aunque la atención y la conciencia estén perturbadas. También contiene individuos cuyo nivel de actividad fluctúa rápidamente.

Especificar si:

Delirio por intoxicación por sustancias: este diagnóstico debe realizarse en lugar de intoxicación por sustancias cuando los síntomas de los Criterios A y C predominan en el cuadro clínico y cuando son lo suficientemente graves como para justificar la atención clínica. atención.

Nota de codificación: La CIE-10-CM codifica la intoxicación por [sustancia específica]. El delirio se indica en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM Depende de si existe o no un trastorno comórbido por uso de sustancias. presente para la misma clase de sustancia. Si se presenta un trastorno leve por uso de sustancias comorbido con el delirio por intoxicación por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "1", y el médico debe registrar "trastorno leve por uso de [sustancias]" antes de la Delirio por intoxicación por sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de cocaína con cocaína delirio de intoxicación"). Si se presenta un trastorno por consumo de sustancias moderado o grave comorbido con el delirio por intoxicación por sustancias, el carácter de la cuarta posición es "2", y el médico debe registrar "trastorno por consumo de [sustancias] moderado" o "trastorno grave por uso de [sustancias]", dependiendo de la gravedad de la comorbilidad trastorno por uso de sustancias. Si no hay ningún trastorno comórbido por uso de sustancias (p. ej., después de un uso intensivo de la sustancia por única vez), entonces el carácter de la cuarta posición es "9", y el médico debe registrar sólo el delirio por intoxicación por sustancia.

	CIE-10-CM		
Delirio por intoxicación por sustancias	Con uso suave trastorno	Con moderada o uso severo trastorno	Sin uso trastorno
Alcohol	F10.121	F10.221	F10.921
Canabis	F12.121	F12.221	F12.921
fenciclidina	F16.121	F16.221	F16.921
Otro alucinógeno	F16.121	F16.221	F16.921

Machine Translated by Google

Inhalador	F18.121	F18.221	F18.921
opioide	F11.121	F11.221	F11.921
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.	F13.121	F13.221	F13.921
Sustancia tipo anfetamina (u otra estimulante)	F15.121	F15.221	F15.921
Cocaína	F14.121	F14.221	F14.921
Otra sustancia (o desconocida)	F19.121	F19.221	F19.921

Delirio por abstinencia de sustancias: este diagnóstico debe realizarse en lugar de abstinencia de sustancias cuando los síntomas de los Criterios A y C predominan en el cuadro clínico y cuando son lo suficientemente graves como para justificar atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos de la CIE-10-MC para la retirada de [sustancia específica] El delirio se indica en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM Depende de si existe o no un trastorno comórbido por uso de sustancias. presente para la misma clase de sustancia. Si se presenta un trastorno leve por uso de sustancias comorbilidad con el delirio por abstinencia de sustancias, el carácter de la cuarta posición es "1", y el médico debe registrar "trastorno leve por uso de [sustancias]" antes de la Delirio por abstinencia de sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de alcohol con delirio de abstinencia"). Si se presenta un trastorno por consumo de sustancias moderado o grave comorbilidad con el delirio por abstinencia de sustancias, el carácter de la cuarta posición es "2", y el médico debe registrar "trastorno por consumo de [sustancias] moderado" o "trastorno grave por uso de [sustancias]", dependiendo de la gravedad de la comorbilidad trastorno por uso de sustancias. Si no hay ningún trastorno comórbido por uso de sustancias (p. ej., después del uso regular de una sustancia ansiolítica tomada según lo prescrito), luego el 4º El carácter de posición es "9" y el médico debe registrar sólo la sustancia Delirio de abstinencia.

	CIE-10-CM		
Delirio por abstinencia de sustancias	Con uso suave trastorno	Con moderada o uso severo trastorno	Sin uso trastorno
Alcohol	F10.131	F10.231	F10.931
opioide	F11.188	F11.288	F11.988
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.	F13.131	F13.231	F13.931
Otra sustancia (o desconocida)	F19.131	F19.231	F19.931

Delirio inducido por medicamentos: este diagnóstico se aplica cuando los síntomas en Los criterios A y C surgen como efecto secundario de un medicamento tomado según lo prescrito.

Código delirio inducido por [medicación específica]: F11.921 opioide tomado como recetado (o F11.988 si durante la abstinencia de un opioide tomado según lo recetado); F12.921 agonista farmacéutico del receptor de cannabis administrado según lo prescrito; F13.921 sedante, hipnótico o ansiolítico tomado según lo prescrito (o F13.931 si

Machine Translated by Google

durante la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos tomados según lo prescrito); F15.921 sustancia tipo anfetamina u otro estimulante tomado según lo prescrito; F16.921 ketamina u otro alucinógeno tomado según lo prescrito o por motivos médicos; F19.921 para medicamentos que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., dexametasona) y en los casos en los que se considera que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia (o F19.931 si durante la abstinencia de medicamentos que no pertenecen a ninguna de las clases, tomados según lo prescrito).

F05 Delirio debido a otra condición médica: Hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es atribuible a las consecuencias fisiológicas de otra condición médica.

Nota de codificación: incluya el nombre de la otra afección médica en el nombre del delirio (p. ej., delirio F05 debido a encefalopatía hepática). La otra afección médica también debe codificarse y enumerarse por separado inmediatamente antes del delirio debido a otra afección médica (p. ej., K72.90 encefalopatía hepática; F05 delirio debido a encefalopatía hepática).

F05 Delirio debido a múltiples etiologías: existe evidencia a partir de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que el delirio tiene más de una etiología (p. ej., más de una afección médica etiológica; otra afección médica más intoxicación por sustancias o efectos secundarios de medicamentos).

Nota de codificación: utilice múltiples códigos separados que reflejen etiologías específicas del delirio (p. ej., K72.90 encefalopatía hepática; F05 delirio debido a insuficiencia hepática; F10.231 delirio por abstinencia de alcohol). Tenga en cuenta que la condición médica etiológica aparece como un código separado que precede al código de delirio y se sustituye en el delirio debido a otra rúbrica de condición médica.

Procedimientos de registro

Delirio por intoxicación por sustancias. El nombre del delirio por intoxicación por sustancia comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína) que se presume está causando el delirio. El código de diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de fármaco y la presencia o ausencia de un trastorno comórbido por uso de sustancias. Para sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se debe utilizar el código para “otra sustancia”; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se debe utilizar la categoría “sustancia desconocida”.

Al registrar el nombre del trastorno, el trastorno comórbido por uso de sustancias (si lo hay) aparece primero, seguido de la palabra “con”, seguido del nombre del delirio por intoxicación de sustancias, seguido del curso (es decir, agudo, persistente). , seguido del especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, nivel de actividad hiperactivo, hipoactivo y mixto). Por ejemplo, en el caso de delirio por intoxicación hiperactiva aguda que se presenta en un hombre con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.221 trastorno grave por consumo de cocaína con delirio por intoxicación por cocaína, agudo, hiperactivo. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno comórbido grave por consumo de cocaína. Si el delirio por intoxicación ocurre sin un trastorno comórbido por uso de sustancias (p. ej., después de un consumo intenso de la sustancia en una sola ocasión), no se observa ningún trastorno por uso de sustancias que lo acompañe (p. ej.,

Machine Translated by Google

F16.921 delirio por intoxicación por fenciclidina, agudo, hipoactivo).

Delirio por abstinencia de sustancias. El nombre del delirio por abstinencia de sustancias comienza con la sustancia específica (p. ej., alcohol) que se presume está causando el delirio por abstinencia. El código de diagnóstico se selecciona entre códigos específicos de sustancia en la nota de codificación incluida en el conjunto de criterios. Al registrar el nombre del trastorno, el trastorno comórbido por uso de sustancias (si lo hay) aparece primero, seguido de la palabra "con", seguido del delirio por abstinencia de sustancias, seguido del curso (es decir, agudo, persistente), seguido de el especificador indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, nivel de actividad hiperactivo, hipoactivo y mixto). Por ejemplo, en el caso de delirio agudo por abstinencia hiperactiva que se presenta en un hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico es F10.231 trastorno grave por consumo de alcohol con delirio por abstinencia de alcohol, agudo, hiperactivo. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno comórbido por consumo grave de alcohol.

Delirio inducido por medicamentos. El nombre del delirio inducido por medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., dexametasona) que se presume causa el delirio. El nombre del trastorno va seguido del curso (es decir, agudo, persistente), seguido del especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto).

Por ejemplo, en el caso de delirio hiperactivo agudo inducido por medicamentos que ocurre en un hombre que usa dexametasona según lo prescrito, el diagnóstico es F19.921 delirio agudo inducido por dexametasona, hiperactivo.

Especificadores

En cuanto a la evolución, en el ámbito hospitalario, el delirio suele durar aproximadamente una semana, pero algunos síntomas suelen persistir incluso después de que los individuos son dados de alta del hospital.

Los individuos con delirio pueden cambiar rápidamente entre estados hiperactivos e hipoactivos. El estado hiperactivo puede ser más común o reconocerse con mayor frecuencia y, a menudo, está asociado con efectos secundarios de los medicamentos y abstinencia de medicamentos. El estado hipoactivo puede ser más frecuente en adultos mayores y, a menudo, no se reconoce entre las personas mayores en los departamentos de emergencia y hospitales.

Características diagnósticas

La característica esencial del delirio es un deterioro agudo de la conciencia caracterizado por una alteración de la atención acompañada de una reducción de la conciencia del entorno, ambas características centrales de la conciencia normal. Debido a que estos déficits reflejan un estado alterado de conciencia que afecta muchas funciones corticales superiores de la corteza cerebral, van acompañados de un cambio con respecto al valor inicial en otras funciones cognitivas que no pueden explicarse mejor por un trastorno neurocognitivo (ENT) preexistente o en evolución. La alteración de la atención (Criterio A) se manifiesta por una capacidad reducida para dirigir, centrar, sostener y desviar la atención. Las preguntas deben repetirse porque la atención del individuo se desvía o el individuo puede perseverar con una respuesta a una pregunta anterior en lugar de desviar la atención de manera apropiada. El individuo se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes. La alteración de la conciencia afecta tanto al pensamiento interno como a la intuición, así como a la dificultad para dar sentido a lo que sucede en el entorno externo.

La alteración se desarrolla durante un corto período de tiempo, generalmente de unas horas a unos pocos días, y tiende a

Machine Translated by Google

fluctuar durante el transcurso del día, a menudo empeorando al anochecer y por la noche cuando los estímulos de orientación externos disminuyen (Criterio B). Existe evidencia a partir de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es una consecuencia fisiológica de una condición médica subyacente, intoxicación o abstinencia de sustancias, uso de un medicamento o exposición a una toxina, o una combinación de estos factores (Criterio E). La etiología debe codificarse según el subtipo etiológicamente apropiado (es decir, intoxicación por sustancias o medicamentos, abstinencia de sustancias, otra afección médica o etiologías múltiples). El delirio a menudo ocurre en el contexto de una ENT subyacente. La función cerebral deteriorada de las personas con ENT leves y graves las hace más vulnerables a desarrollar delirio.

Hay un cambio que lo acompaña en al menos otra área que puede incluir la memoria y el aprendizaje (particularmente la memoria reciente), desorientación (particularmente en el tiempo y el lugar), alteración en el lenguaje (particularmente la comprensión semántica), o distorsión perceptiva o una alteración perceptivo-motora. (Criterio C). Las alteraciones de la percepción que acompañan al delirio incluyen interpretaciones erróneas, ilusiones o alucinaciones; Estas alteraciones son típicamente visuales, pero también pueden ocurrir en otras modalidades y varían desde simples y uniformes hasta muy complejas.

La atención/excitación normal, el delirio y el coma se encuentran en un continuo. El coma se define como un estado de inconsciencia con ausencia de cognición o ciclo de sueño-vigilia, junto con la falta de una respuesta significativa a estímulos verbales o físicos. El delirio es un estado alterado de conciencia en el contexto de una corteza cerebral excitada. La capacidad de evaluar la cognición para diagnosticar el delirio depende de que exista un nivel de excitación cortical y de vigilia suficiente para responder a la estimulación verbal; por tanto, el delirio no debe diagnosticarse en el contexto de coma (Criterio D).

Los individuos estuporosos también tienen un nivel reducido de excitación cerebral, pero no hasta el punto de la completa inconsciencia del coma. El coma y el estupor pueden deberse a afecciones neurológicas o ser inducidos por fármacos, como ocurre con la sedación profunda iatrogénica en unidades de cuidados intensivos (UCI) o anestesia general. Aquellos individuos que muestran sólo respuestas mínimas a la estimulación verbal o física son incapaces de participar en intentos de pruebas estandarizadas o incluso de entrevistas.

Esta incapacidad para participar debe clasificarse como un trastorno de la excitación, como coma o estupor, y no como delirio. Sin embargo, el delirio puede ser una etapa que sigue a la salida del coma o del estupor, especialmente cuando el coma es el resultado de una afección neurológica. Además, la alteración del ciclo sueño-vigilia característica de la alteración del ritmo circadiano en el delirio puede interferir con la evaluación completa del individuo si se encuentra en una fase de sueño, lo que debe distinguirse de un trastorno de la excitación cerebral.

Funciones asociadas

El delirio suele asociarse con una alteración del ciclo sueño-vigilia. Esta alteración puede incluir somnolencia diurna, agitación nocturna, dificultad para conciliar el sueño, somnolencia excesiva durante el día o vigilia durante la noche. En algunos casos, puede ocurrir una inversión completa del ciclo de sueño-vigilia noche-día. Las alteraciones del ciclo sueño-vigilia son muy comunes en el delirio y se han propuesto como criterio central para el diagnóstico.

El individuo con delirio puede presentar alteraciones emocionales, como ansiedad, miedo, depresión, irritabilidad, ira, euforia y apatía. Puede haber cambios rápidos e impredecibles

Machine Translated by Google

de un estado emocional a otro. El estado emocional perturbado también puede ser evidente al llamar, gritar, maldecir, murmurar, gemir o emitir otros sonidos. Estos comportamientos son especialmente frecuentes durante la noche y en condiciones en las que faltan estimulación y señales ambientales.

Predominio

La prevalencia del delirio es mayor entre las personas mayores hospitalizadas y varía según las características de los individuos, el entorno de atención y la sensibilidad del método de detección. Los datos de Estados Unidos y Finlandia indican que la prevalencia del delirio en la comunidad en general es baja (1%-2%). La prevalencia es del 8% al 17% en personas mayores que acuden a los departamentos de emergencia de América del Norte, donde el delirio a menudo indica una enfermedad médica.

Según datos de varios países, la prevalencia del delirio cuando las personas ingresan en el hospital oscila entre el 18% y el 35%, y las estimaciones de la aparición de delirio que surge durante la hospitalización oscilan entre el 29% y el 64% en la población hospitalaria general.

A nivel internacional, el delirio ocurre en 11 a 51% de las personas mayores en el posoperatorio y hasta en 81% de las que se encuentran en cuidados intensivos. La prevalencia del delirio oscila entre el 20% y el 22% en personas en hogares de ancianos o entornos de cuidados posagudos y ocurre hasta en el 88% de las personas con enfermedades terminales al final de la vida. A pesar de tener factores de riesgo más altos de delirio, como enfermedades cardiovasculares, sepsis e insuficiencia respiratoria, los afroamericanos más jóvenes

tendieron a tener tasas más bajas de aparición de delirio en comparación con personas blancas de edad similar en una gran serie de casos de pacientes de UCI en los Estados Unidos.

Desarrollo y evolución

La mayoría de las personas con delirio se recuperan por completo con o sin tratamiento, especialmente aquellos que no son ancianos. El delirio puede progresar a estupor, coma, convulsiones o muerte, especialmente si no se detecta y las causas subyacentes no se tratan.

Cada vez hay más pruebas de que el delirio puede estar asociado en el seguimiento a largo plazo con deterioro cognitivo o ENT importantes en los ancianos, particularmente en aquellos con deterioro cognitivo subyacente preexistente. La mortalidad entre las personas hospitalizadas con delirio es alta; hasta entre el 38% y el 41% de las personas con delirio mueren dentro del año posterior al diagnóstico; el riesgo de muerte es particularmente grande entre aquellos con neoplasias malignas y otras enfermedades médicas subyacentes importantes.

Factores de riesgo y pronóstico

El delirio puede aumentar en el contexto de deterioro funcional, deterioro cognitivo preexistente, deterioro sensorial (p. ej., visión/audición), edad avanzada, gravedad de la enfermedad o comorbilidad, infección, depresión, antecedentes de accidente cerebrovascular y antecedentes de consumo de alcohol. . Tanto las ENT graves como las leves pueden aumentar el riesgo de delirio y complicar su evolución. Las caídas pueden ser una consecuencia del delirio, pero no se ha demostrado que sean un factor de riesgo. En un metanálisis de estudios realizados entre 1990 y 2016, el uso de anticolinérgicos no fue un predictor validado de delirio.

Las personas mayores son especialmente susceptibles al delirio en comparación con los adultos más jóvenes.

Machine Translated by Google

Entre los niños, la susceptibilidad al delirio en la infancia y durante la niñez puede estar asociada con una morbilidad y mortalidad infantil significativas, mientras que los individuos desde la edad adulta temprana hasta la edad adulta media pueden tener menos susceptibilidad al delirio y un menor riesgo de mortalidad.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Los síntomas asociados con el delirio pueden variar en hombres y mujeres. Los hombres manifiestan con mayor frecuencia agitación motora y labilidad afectiva, mientras que las mujeres manifiestan con mayor frecuencia delirio hipoactivo. El sexo masculino es un factor de riesgo de delirio y los factores relacionados con el sexo o el género pueden interactuar con otros factores de riesgo.

Marcadores de diagnóstico

Además de los hallazgos de laboratorio característicos de afecciones médicas subyacentes (o intoxicación o estados de abstinencia), a menudo hay una desaceleración theta irregular generalizada en la electroencefalografía y ocasionalmente se encuentra actividad rápida (p. ej., en algunos casos de delirio por abstinencia de alcohol). Sin embargo, la electroencefalografía no puede detectar la desaceleración asociada con el delirio sin compararla con los ritmos alfa basales premórbidos, a menos que la desaceleración esté en el rango de frecuencia theta o delta anormal.

Consecuencias funcionales del delirio

El delirio en sí se asocia con un mayor deterioro funcional y riesgo de internamiento institucional.
Las personas hospitalizadas de 65 años o más con delirio tienen un mayor riesgo de sufrir malos resultados después del alta, incluida la mortalidad, la institucionalización y la demencia.

Diagnóstico diferencial

Trastornos psicóticos y trastornos bipolares y depresivos con características psicóticas. El delirio caracterizado por alucinaciones vívidas, delirios, alteraciones del lenguaje y agitación debe distinguirse del trastorno psicótico breve, la esquizofrenia,

trastorno esquizofreniforme y otros trastornos psicóticos, así como por episodios maníacos o depresivos mayores, con características psicóticas.

Trastorno de estrés agudo. El delirio asociado con miedo, ansiedad y síntomas disociativos, como la despersonalización, debe distinguirse del trastorno de estrés agudo, que se precipita por la exposición a un acontecimiento traumático grave.

Simulación y trastorno facticio. El delirio se puede distinguir de estos trastornos sobre la base de la presentación sintomática a menudo atípica en el trastorno simulado y ficticio y la ausencia de otra afección médica o sustancia que esté etiológicamente relacionada con la aparente alteración cognitiva.

Otros trastornos neurocognitivos. La cuestión de diagnóstico diferencial más común al evaluar la confusión en adultos mayores es desentrañar los síntomas del delirio y las ENT graves. El médico debe determinar si el individuo tiene delirio; un delirio superpuesto a una ENT preexistente, como la debida a la enfermedad de Alzheimer; o una ENT sin delirio. Lo tradicional

Machine Translated by Google

La distinción entre delirio y ENT grave según la agudeza del inicio y el curso temporal es particularmente difícil en aquellos ancianos que tuvieron una ENT previa que puede no haber sido reconocida, o que desarrollaron un deterioro cognitivo persistente después de un episodio de delirio. Cuando el delirio y una ENT grave son comórbidos, en general se debe dar prioridad al tratamiento del delirio.

Otro delirio especificado

R41.0

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del delirio que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de delirio o de cualquiera de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos neurocognitivos. . La otra categoría de delirio especificada se utiliza en situaciones en las que el médico decide comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de delirio o de cualquier trastorno neurocognitivo específico. Esto se hace registrando “otro delirio especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “delirio subsindrómico”).

Un ejemplo de una presentación que se puede especificar usando "otro especificado" designación es la siguiente:

Delirio subsindrómico: presentación similar al delirio que implica alteraciones en la atención, el pensamiento de nivel superior y el ritmo circadiano, en la que la gravedad del deterioro cognitivo no llega a la requerida para el diagnóstico de delirio.

Delirio no especificado

R41.0

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del delirio que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de delirio o de cualquiera de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos neurocognitivos. . La categoría de delirio no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide no especificar el motivo por el cual no se cumplen los criterios para el delirio, e incluye presentaciones para las cuales no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en salas de emergencia) .

Trastornos neurocognitivos mayores y leves

Machine Translated by Google

Criterios de diagnóstico

A. Evidencia de deterioro cognitivo significativo de un nivel previo de desempeño en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, percepción-motora o cognición social) basado en: 1. Preocupación del individuo, a un informante informado o al médico que ha habido una disminución significativa en la función cognitiva; y

2. Un deterioro sustancial en el rendimiento cognitivo, preferiblemente documentado mediante pruebas neuropsicológicas estandarizadas o, en su defecto, otra evaluación clínica cuantificada.

B. Los déficits cognitivos interfieren con la independencia en las actividades cotidianas (es decir, como mínimo, requieren ayuda con actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o administrar medicamentos).

C. Los déficits cognitivos no se dan exclusivamente en el contexto de un delirio.

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

Especifique si se debe a:

Nota: Cada subtipo enumerado tiene criterios de diagnóstico específicos y el texto correspondiente, que siguen la discusión general de los trastornos neurocognitivos mayores y leves.

enfermedad de alzheimer

Degeneración frontotemporal

enfermedad de cuerpos de Lewy

Enfermedad vascular

Lesión cerebral traumática

Uso de sustancias/medicamentos

infección por VIH

enfermedad priónica

enfermedad de Parkinson

enfermedad de Huntington

Otra condición médica

Múltiples etiologías

Etiología no especificada

Nota de codificación: Código basado en la etiología médica o de la sustancia. En la mayoría de los casos de trastorno neurocognitivo mayor, es necesario un código adicional para la afección médica etiológica, que debe preceder inmediatamente al código de diagnóstico del trastorno neurocognitivo mayor, como se indica en la tabla de codificación de las páginas 682 y 683.

Machine Translated by Google

Especifique (consulte la tabla de codificación para obtener más detalles):

Sin alteración del comportamiento: Si la alteración cognitiva no va acompañada de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa.

Con alteración del comportamiento (especifique la alteración): si la alteración cognitiva se acompaña de una alteración del comportamiento clínicamente significativa (p. ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas de conducta).

Nota de codificación: utilice códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debidos a la misma afección médica que causa el trastorno neurocognitivo mayor (p. ej., F06.2 trastorno psicótico debido a la enfermedad de Alzheimer, con delirios; F06.32 trastorno depresivo debido a la enfermedad de Parkinson enfermedad, con episodio de tipo depresivo mayor). Nota: Los trastornos mentales debidos a otra afección médica se incluyen entre los trastornos con los que comparten fenomenología (p. ej., para los trastornos depresivos debidos a otra afección médica, consulte el capítulo “Trastornos depresivos”).

Especifique la gravedad

actual: Leve: dificultades con las actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., tareas domésticas, administración del dinero).

Moderado: dificultades con las actividades básicas de la vida diaria (p. ej., alimentarse, vestirse).

Grave: Totalmente dependiente.

Procedimientos de codificación y registro Los

siguientes son ejemplos de codificación y registro de trastornos neurocognitivos importantes debido a un subtipo etiológico (para obtener más información, consulte la tabla de codificación en las páginas 682 y 683 y las notas de codificación en los criterios de diagnóstico específicos para cada subtipo de trastorno neurocognitivo mayor y leve).): Trastorno

neurocognitivo mayor debido a probable enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento, leve: G30.9 Enfermedad de Alzheimer, F02.80 Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento, leve.

Trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumática, con alteración del comportamiento, moderado: S06.2X9S lesión cerebral traumática difusa con pérdida del conocimiento de duración no especificada, secuela; F02.81 trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumática, con alteración del comportamiento, moderado; F06.34 trastorno bipolar y relacionados debido a lesión cerebral traumática, con características mixtas.

Criterios de diagnóstico

Machine Translated by Google

A. Evidencia de deterioro cognitivo modesto respecto de un nivel previo de desempeño en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, percepción-motora o cognición social) basado en: 1. Preocupación del individuo, un informante experto o el médico que ha habido una leve disminución de la función cognitiva; y

2. Un deterioro modesto en el rendimiento cognitivo, preferiblemente documentado mediante pruebas neuropsicológicas estandarizadas o, en su ausencia, otra evaluación clínica cuantificada.

B. Los déficits cognitivos no interfieren con la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (es decir, se conservan las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o administrar medicamentos, pero puede ser necesario un mayor esfuerzo, estrategias compensatorias o adaptaciones).

C. Los déficits cognitivos no se dan exclusivamente en el contexto de un delirio.

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

Especifique si se debe a:

Nota: Cada subtipo enumerado tiene criterios de diagnóstico específicos y el texto correspondiente, que siguen la discusión general de los trastornos neurocognitivos mayores y leves.

enfermedad de alzheimer

Degeneración frontotemporal

enfermedad de cuerpos de Lewy

Enfermedad vascular

Lesión cerebral traumática

Uso de sustancias/medicamentos

infección por VIH

enfermedad priónica

enfermedad de Parkinson

enfermedad de Huntington

Otra condición médica

Etiologías múltiples

Etiología no especificada

Nota de codificación: Para trastorno neurocognitivo leve debido a cualquiera de las etiologías médicas mencionadas anteriormente, codifique G31.84. No utilice códigos adicionales para las condiciones médicas etiológicas presuntas. Para el trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancias o medicamentos, codifique según el tipo de sustancia; consulte “Trastorno neurocognitivo leve o grave inducido por sustancias o medicamentos”. Para trastorno neurocognitivo leve no especificado, codifique R41.9.

Machine Translated by Google

Especifique (la alteración del comportamiento no se puede codificar, pero aun así debe registrarse):

Sin alteración del comportamiento: Si la alteración cognitiva no va acompañada de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa.

Con alteración del comportamiento (especifique la alteración): si la alteración cognitiva se acompaña de una alteración del comportamiento clínicamente significativa (p. ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas de conducta).
Nota de codificación: utilice códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debidos a la misma afección médica que causa el trastorno neurocognitivo leve (p. ej., F06.2 trastorno psicótico debido a lesión cerebral traumática, con delirios; F06.32 trastorno depresivo debido a enfermedad por VIH, con episodio de tipo depresivo mayor). Nota: Los trastornos mentales debidos a otra afección médica se incluyen entre los trastornos con los que comparten fenomenología (p. ej., para los trastornos depresivos debidos a otra afección médica, consulte el capítulo “Trastornos depresivos”).

Procedimientos de codificación y registro Los

siguientes son ejemplos de codificación y registro de trastornos neurocognitivos leves debido a un subtipo etiológico (para obtener más información, consulte la tabla de codificación en las páginas 682 y 683 y las notas de codificación en los criterios de diagnóstico específicos para cada subtipo de trastorno neurocognitivo mayor y leve).): G31.84 Trastorno

neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento.

G31.84 Trastorno neurocognitivo leve debido a lesión cerebral traumática, con alteración del comportamiento; F06.34 trastorno bipolar y relacionados debido a lesión cerebral traumática, con características mixtas.

Subtipo etiológico	Asociado código médico etiológico para neurocognitivos importantes Un desorden	neurocognitivo mayor código de desorden	Código de trastorno neurocognitivo leve
Enfermedad de Alzheimer G30.9		b F02.8x	c G31.84 No utilice código adicional para Enfermedad de Alzheimer.
Degeneración frontotemporal	G31.09	b F02.8x	G31.84 [c] No utilice código adicional para degeneración frontotemporal.
Enfermedad de cuerpos de Lewy G31.83		bF02.8x	G31.84 [c] No utilice código adicional para Enfermedad con cuerpos de Lewy.
Enfermedad vascular	Sin código médico adicional.	b F01.5x No utilice código adicional para la enfermedad vascular.	c G31.84 No utilice código adicional para el enfermedad vascular.
Lesión cerebral traumática T06.2X9S		b F02.8x	c G31.84 No utilice código adicional para el lesión cerebral traumática.
Sustancia/medicamento- inducido	No adicional código médico.	Código basado en el tipo de sustancia que causa la mayor	Código basado en el tipo de sustancia. d que causa el trastorno neurocognitivo leve.

Machine Translated by Google

		causando el principal trastorno neurocognitivo .	
infección por VIH	B20	b F02.8x	G31.84 [c] No utilice código adicional para Infección por VIH.
enfermedad priónica	A81.9	bF02.8x	c G31.84 No utilice código adicional para enfermedad priónica.
La enfermedad de Parkinson	G20	b F02.8x	c G31.84 No utilice código adicional para Enfermedad de Parkinson.
683	G10	b F02.8x	G31.84 [C] No utilice código adicional para Enfermedad de Huntington.
enfermedad de Huntington			
Debido a otra condición médica	Codifique primero la otra afección médica (p. ej., esclerosis múltiple G35).	b F02.8x	c G31.84 No utilice códigos adicionales para las condiciones médicas etiológicas presuntas.
Debido a múltiples etiologías.	Codifique primero todas las condiciones médicas etiológicas (con excepción de la enfermedad vascular).	b F02.8x (codificar una vez para trastorno neurocognitivo mayor debido a todos etiologías que se aplican) Codifique también las ENT vasculares importantes (F01.5x), si están presentes. Codifique también los principales trastornos neurocognitivos inducidos por sustancias o medicamentos, si las sustancias o Los medicamentos juegan un papel en la etiología.	c G31.84 No utilice códigos adicionales para las condiciones médicas etiológicas presuntas. Codifique también la sustancia/ medicamento leve inducida por Trastornos neurocognitivos si sustancias o medicamentos juegan un papel en la etiología.
Trastorno neurocognitivo no especificado	Sin código médico adicional.	R41.9 [C]	R41.9 [C]

aCodificar primero, antes del código de trastorno neurocognitivo mayor.

bCódigo quinto carácter basado en el especificador de síntoma: .x0 sin alteración del comportamiento; .x1 con alteración del comportamiento (p. ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas del comportamiento). Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderada" y "grave" no pueden codificarse para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así deben registrarse. cNota: “Con alteración del comportamiento” y “sin alteración del comportamiento” no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse. dConsulte la tabla de codificación en

“Trastorno neurocognitivo grave o leve inducido por sustancias/medicamentos” para conocer el código ICD-10-CM. Nota: Los especificadores de gravedad “leve”, “moderado” y “grave” (para trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias/medicamentos) y los especificadores de síntomas que los acompañan “con alteración del comportamiento” y “sin alteración del comportamiento” (para sustancias/medicamentos- trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido) no se puede codificar, pero aun así debe registrarse.

Subtipos Los

trastornos neurocognitivos (ENT) mayores y leves se subclasifican principalmente según la entidad o entidades etiológicas/patológicas conocidas o presuntas que subyacen al deterioro cognitivo. Estos subtipos se distinguen sobre la base de una combinación de evolución temporal, dominios característicos afectados y síntomas asociados. Para ciertos subtipos etiológicos, el diagnóstico depende sustancialmente de la presencia de una entidad potencialmente causante, como el Parkinson o

Machine Translated by Google

enfermedad de Huntington, o una lesión cerebral traumática o un derrame cerebral en el período de tiempo apropiado. Para otros subtipos etiológicos (generalmente enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer, la degeneración frontotemporal y la enfermedad con cuerpos de Lewy), el diagnóstico se basa principalmente en los síntomas cognitivos, conductuales y funcionales. Normalmente, la diferenciación entre estos síndromes que carecen de una entidad etiológica reconocida de forma independiente es más clara a nivel de ENT grave que a nivel de ENT leve, pero a veces los síntomas característicos y las características asociadas también están presentes en el nivel leve.

Las ENT frecuentemente son manejadas por médicos de múltiples disciplinas. Para muchos subtipos, grupos multidisciplinarios de expertos internacionales han desarrollado criterios de consenso especializados basados en la correlación clínico-patológica con la patología cerebral subyacente. Los criterios de subtipo aquí se han armonizado con los criterios de expertos.

Prescriptores

Se ha reconocido evidencia de características de comportamiento distintas en las ENT, particularmente en las áreas de síntomas psicóticos y depresión. Las características psicóticas son comunes en muchas ENT, particularmente en la etapa leve a moderada de las principales ENT debido a la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de cuerpos de Lewy y la degeneración frontotemporal. Si se considera que los síntomas psicóticos se deben a la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de los cuerpos de Lewy o la degeneración frontotemporal, se puede realizar un diagnóstico adicional de trastorno psicótico debido a la enfermedad de Alzheimer, trastorno psicótico debido a la enfermedad de los cuerpos de Lewy o trastorno psicótico debido a la degeneración frontotemporal. dado. La paranoia y otros delirios son características comunes y, a menudo, un tema persecutorio puede ser un aspecto destacado de la ideación delirante. A diferencia de los trastornos psicóticos que aparecen en etapas más tempranas de la vida (p. ej., esquizofrenia), el habla desorganizada y el comportamiento desorganizado no son característicos de la psicosis en las ENT. Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad, aunque las alucinaciones visuales son más comunes en las ENT que en los trastornos depresivos, bipolares o psicóticos.

Pueden producirse alteraciones del estado de ánimo, como depresión, ansiedad y euforia. La depresión es común en las primeras etapas del curso (incluso en el nivel leve de ENT) de las ENT debido a la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson, mientras que la euforia puede ocurrir más comúnmente en la degeneración frontotemporal. Si se considera que la alteración del estado de ánimo se debe a la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson o la degeneración frontotemporal, se puede realizar un diagnóstico adicional de trastorno depresivo debido a la enfermedad de Alzheimer, trastorno depresivo debido a la enfermedad de Parkinson o trastorno bipolar y relacionado debido a la degeneración frontotemporal. dado. Cada vez se reconoce más que los síntomas del estado de ánimo son una característica importante en las primeras etapas de las ENT leves, por lo que el reconocimiento y la intervención clínica pueden ser importantes.

La agitación es común en una amplia variedad de ENT, particularmente en las ENT graves de gravedad moderada a grave, y a menudo ocurre en un contexto de confusión o frustración. Puede surgir como comportamientos combativos, particularmente en el contexto de resistirse a las tareas de cuidado, como bañarse y vestirse. La agitación se caracteriza por una actividad motora o vocal disruptiva y tiende a ocurrir en etapas avanzadas de deterioro cognitivo en todas las ENT.

Las personas con ENT pueden presentar una amplia variedad de síntomas conductuales que son el foco del tratamiento. La alteración del sueño es un síntoma común que puede crear una necesidad de atención clínica y puede incluir síntomas de insomnio, hipersomnia y alteraciones del ritmo circadiano.

Machine Translated by Google

La apatía es común en las ENT leves y graves. Se observa particularmente en las ENT debidas a la enfermedad de Alzheimer y puede ser una característica destacada de las ENT debidas a la degeneración frontotemporal. La apatía se caracteriza típicamente por una motivación disminuida y un comportamiento reducido dirigido a objetivos acompañado de una menor capacidad de respuesta emocional. Los síntomas de apatía pueden manifestarse temprano en el curso de las ENT, cuando se puede observar una pérdida de motivación para realizar actividades o pasatiempos diarios.

Otros síntomas conductuales importantes incluyen deambulación, desinhibición, hiperfagia y acaparamiento. Algunos de estos síntomas son característicos de trastornos específicos, como se analiza en las secciones correspondientes. Cuando se observa más de un trastorno de conducta, cada tipo debe anotarse por escrito con el especificador “con trastorno de conducta”.

Características diagnósticas

Las ENT graves y leves existen en un espectro de deterioro cognitivo y funcional. Las ENT graves corresponden aproximadamente a la afección etiquetada en la CIE-10 y la CIE-11 (así como en el DSM-IV) como demencia. La característica central de las ENT es el deterioro cognitivo adquirido en uno o más dominios cognitivos (Criterio A) basado en 1) una preocupación por la cognición por parte del individuo, un informante informado o el médico, y 2) el desempeño en un objetivo. evaluación que cae por debajo del nivel esperado o que se ha observado que disminuye con el tiempo. Se requieren tanto preocupación como evidencia objetiva porque son complementarios. Cuando hay un enfoque exclusivo en las pruebas objetivas, un trastorno puede no ser diagnosticado en individuos de alto funcionamiento cuyo desempeño actualmente “normal” en realidad representa una disminución sustancial en sus capacidades, o una enfermedad puede ser diagnosticada incorrectamente en individuos cuyo desempeño actualmente “bajo” no lo hace. no representa un cambio con respecto a su propia línea de base o es el resultado de factores extraños como condiciones de prueba o una enfermedad pasajera. Alternativamente, centrarse excesivamente en los síntomas subjetivos puede no diagnosticar la enfermedad en individuos con poca percepción, o cuyos informantes niegan o no notan sus síntomas, o puede ser demasiado sensible en el llamado pozo preocupado.

Una preocupación cognitiva se diferencia de una queja en que puede o no expresarse espontáneamente. Más bien, puede ser necesario obtenerlo mediante un interrogatorio cuidadoso sobre síntomas específicos que ocurren comúnmente en personas con déficits cognitivos (consulte la Tabla 1 en la introducción de este capítulo). Por ejemplo, los problemas de memoria incluyen dificultad para recordar una breve lista de compras o seguir la trama de un programa de televisión; Las preocupaciones de los ejecutivos incluyen dificultad para reanudar una tarea cuando se interrumpe, organizar registros de impuestos o planificar una comida festiva. En el nivel de ENT leve, es probable que el individuo describa estas tareas como más difíciles o que requieren tiempo o esfuerzo adicional o estrategias compensatorias. A nivel de las principales ENT, dichas tareas sólo pueden completarse con asistencia o pueden abandonarse por completo. En el nivel de ENT leve, es posible que las personas y sus familias no noten tales síntomas o los consideren normales, especialmente en los ancianos; por lo tanto, una anamnesis cuidadosa es de suma importancia. Las dificultades deben representar cambios más que patrones de toda la vida: el individuo o el informante puede aclarar esta cuestión, o el médico puede inferir cambios a partir de experiencias previas con el individuo o de pistas ocupacionales o de otro tipo. También es fundamental determinar que las dificultades están relacionadas con la pérdida cognitiva y no con limitaciones motoras o sensoriales.

Pruebas neuropsicológicas, con desempeño comparado con normas apropiadas para el

Machine Translated by Google

La edad, el sexo, el nivel educativo y el origen cultural del individuo es parte de la evaluación estándar de las ENT y es particularmente crítico en la evaluación de las ENT leves. Se prefiere el uso de instrumentos de evaluación validados culturalmente, que están disponibles para muchas poblaciones raciales/étnicas y lingüísticas. Para las ENT importantes, el desempeño suele ser de 2 o más desviaciones estándar por debajo de las normas apropiadas (tercer percentil o menos). En el caso de las ENT leves, el desempeño suele oscilar entre 1 y 2 desviaciones estándar (entre los percentiles 3 y 16). Sin embargo, las pruebas neuropsicológicas no están disponibles en todos los entornos, y los umbrales neuropsicológicos son sensibles a las pruebas y normas específicas empleadas, así como a las condiciones de las pruebas, las limitaciones sensoriales y las enfermedades intercurrentes. Una variedad de breves

Las evaluaciones en el consultorio o “al pie de la cama”, como se describe en la Tabla 1, también pueden proporcionar datos objetivos en entornos donde dichas pruebas no están disponibles o no son factibles. En cualquier caso, como ocurre con las preocupaciones cognitivas, el desempeño objetivo debe interpretarse a la luz del desempeño previo del individuo. De manera óptima, esta información estaría disponible a partir de una administración anterior de la misma prueba, pero a menudo debe inferirse basándose en normas apropiadas, junto con el historial educativo, la ocupación y otros factores del individuo. Las normas son más difíciles de interpretar en personas con niveles de educación muy altos o muy bajos y en personas que se someten a pruebas fuera de su propio idioma o entorno cultural.

El criterio B se relaciona con el nivel de independencia del individuo en el funcionamiento cotidiano. Las personas con ENT importantes tendrán un deterioro de suficiente gravedad como para interferir con su independencia, de modo que otros tendrán que hacerse cargo de tareas que antes podían realizar por sí mismas. Las personas con ENT leve mantendrán su independencia, aunque puede haber una interferencia sutil con la función o un informe de que las tareas requieren más esfuerzo o toman más tiempo que antes.

La distinción entre ENT graves y leves es intrínsecamente arbitraria y los trastornos existen a lo largo de un continuo. Por lo tanto, es difícil determinar umbrales precisos. Se requiere una cuidadosa anamnesis, observación e integración con otros hallazgos, y se deben considerar las implicaciones de hacer un diagnóstico cuando las manifestaciones clínicas de un individuo se encuentran en un límite.

Funciones asociadas

Normalmente, las características asociadas que respaldan un diagnóstico de ENT grave o leve serán específicas del subtipo etiológico (p. ej., sensibilidad neuroléptica y alucinaciones visuales en las ENT debidas a la enfermedad de cuerpos de Lewy). Las características de diagnóstico específicas de cada uno de los subtipos se encuentran en las secciones correspondientes.

Predominio

La prevalencia de las ENT varía ampliamente según la edad y el subtipo etiológico. Las estimaciones de prevalencia general generalmente solo están disponibles para las poblaciones de mayor edad. Entre las personas mayores de 60 años, la prevalencia aumenta marcadamente con la edad, por lo que las estimaciones de prevalencia son más precisas para grupos de edad estrechos que para categorías amplias como "mayores de 65" (donde la edad media puede variar mucho con la esperanza de vida de una población determinada). . Para aquellos subtipos etiológicos que ocurren a lo largo de la vida, es probable que se disponga de estimaciones de prevalencia de ENT, en todo caso,

Machine Translated by Google

sólo como la fracción de personas que desarrollan ENT entre aquellos con la afección relevante (p. ej., lesión cerebral traumática, infección por VIH).

El género femenino se asocia con una mayor prevalencia de demencia en general, y especialmente de la enfermedad de Alzheimer, pero esta diferencia es en gran medida, si no totalmente, atribuible a una mayor longevidad en las mujeres.

En general, las estimaciones internacionales de prevalencia de la demencia (que es en gran medida congruente con las principales ENT) son aproximadamente del 1% al 2% a los 65 años y de hasta el 30% a los 85 años. La prevalencia de ENT leves es muy sensible a la definición del trastorno, particularmente en entornos comunitarios, donde las evaluaciones son menos detalladas. Además, a diferencia de los entornos clínicos, donde la preocupación cognitiva debe ser alta para buscar y localizar atención, puede haber una disminución menos clara del funcionamiento inicial. Las estimaciones de la prevalencia del deterioro cognitivo leve (que es sustancialmente congruente con las ENT leves) entre las personas mayores son bastante variables, oscilando entre el 2% y el 10% a los 65 años y entre el 5% y el 25% a los 85 años.

La prevalencia y la incidencia de la demencia varían entre países y entre poblaciones étnicas y racializadas en los Estados Unidos, aunque las diferencias metodológicas complican las comparaciones de tasas. Algunos estudios estadounidenses encontraron que la incidencia es mayor entre los afroamericanos, seguidos, en orden decreciente, por los indios americanos/nativos de Alaska, los latinos, los isleños del Pacífico, los blancos no latinos y los asiático-americanos. Entre las cuatro poblaciones asiático-estadounidenses, los filipinos tuvieron la mayor incidencia, seguidos por los japoneses-estadounidenses, los chinos

americanos y americanos asiático-indios. Se ha descubierto que las subpoblaciones latinas en los Estados Unidos varían considerablemente en cuanto a prevalencia e incidencia de demencia; Los hispanos caribeños tienen tasas mucho más altas que los mexicoamericanos en algunos estudios estadounidenses.

Desarrollo y curso El curso de las ENT

varía según los subtipos etiológicos, y esta variación puede ser útil en el diagnóstico diferencial. Algunos subtipos (p. ej., los relacionados con una lesión cerebral traumática o un accidente cerebrovascular) generalmente comienzan en un momento específico y (al menos después de que disminuyen los síntomas iniciales relacionados con la inflamación o la hinchazón) permanecen estáticos. Otros pueden fluctuar con el tiempo (aunque si esto ocurre, se debe considerar la posibilidad de delirio superpuesto a las ENT). Las ENT debidas a enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer o la degeneración frontotemporal generalmente se caracterizan por un inicio insidioso y una progresión gradual, y el patrón de aparición de déficits cognitivos y características asociadas ayuda a distinguir entre ellas.

Las ENT que comienzan en la infancia y la adolescencia pueden tener amplias repercusiones en el desarrollo social e intelectual, y en este contexto también se pueden diagnosticar trastornos del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) u otros trastornos del desarrollo neurológico para captar el panorama diagnóstico completo y garantizar la prestación de una amplia gama de servicios. de servicios. En las personas mayores, las ENT a menudo ocurren en el contexto de enfermedades médicas, fragilidad y pérdida sensorial, que complican el cuadro clínico para el diagnóstico y el tratamiento.

Cuando se produce pérdida cognitiva en la juventud y en la mediana edad, es probable que las personas y las familias busquen atención. Las ENT suelen ser más fáciles de identificar a edades más tempranas, aunque en algunos entornos la simulación o el trastorno ficticio pueden ser motivo de preocupación. Muy tarde en la vida, los síntomas cognitivos pueden

Machine Translated by Google

No causa preocupación o puede pasar desapercibido. En la vejez, las ENT leves también deben distinguirse de los déficits más modestos asociados con el "envejecimiento normal", aunque una fracción sustancial de lo que se ha atribuido al envejecimiento normal probablemente represente fases prodrómicas de varias ENT. Además, con la edad se vuelve más difícil reconocer las ENT leves debido a la creciente prevalencia de enfermedades médicas y déficits sensoriales. Se vuelve más difícil diferenciar entre subtipos con la edad porque existen múltiples fuentes potenciales de deterioro neurocognitivo.

Factores de riesgo y pronóstico Los factores de

riesgo varían no sólo según el subtipo etiológico sino también según la edad de inicio dentro de los subtipos etiológicos. Algunos subtipos se distribuyen a lo largo de la vida, mientras que otros ocurren exclusiva o principalmente en la vejez. Incluso dentro de las ENT del envejecimiento, la prevalencia relativa varía con la edad: la enfermedad de Alzheimer es poco común antes de los 60 años y la prevalencia aumenta marcadamente a partir de entonces, mientras que la degeneración frontotemporal general, menos común, tiene un inicio más temprano y representa una fracción progresivamente menor de las ENT con la edad. . El factor de riesgo más importante para las ENT graves y leves es la edad, principalmente porque la edad aumenta el riesgo de enfermedades neurodegenerativas y cerebrovasculares.

El riesgo de ENT varía según el origen étnico y racial y se asocia con la variación en el riesgo de enfermedades subyacentes (p. ej., hipertensión, diabetes), condiciones predisponentes (p. ej., lesión en la cabeza), entorno (p. ej., acceso a alimentos nutritivos, espacios seguros para hacer ejercicio) y otros factores.
Por ejemplo, en Estados Unidos, los afroamericanos y los latinos tienden a tener mayor riesgo de demencia vascular que los blancos. La menor educación y alfabetización son factores de riesgo de ENT que también pueden variar según el grupo étnico-racial debido a la exposición diferencial a determinantes sociales adversos de la salud.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura El

nivel de conciencia y preocupación de los individuos y las familias sobre los síntomas neurocognitivos puede variar según los grupos étnicos, racializados y ocupacionales. Las diferencias culturales respecto de si la disminución de la capacidad cognitiva se considera una parte normal del envejecimiento ("normalización") y el estigma relacionado con la demencia pueden retrasar el reconocimiento de un problema por parte de las familias y

Disminuir la búsqueda de ayuda para personas en las primeras etapas de pérdida cognitiva. Por ejemplo, el estigma social parece estar asociado con la subutilización de servicios para el deterioro cognitivo entre algunos grupos étnicos y racializados desatendidos (p. ej., estadounidenses de origen chino y estadounidenses de origen coreano).

Es más probable que se noten síntomas neurocognitivos, particularmente en un nivel leve, en personas que participan en actividades ocupacionales, domésticas o recreativas complejas. Además, las normas para las pruebas neuropsicológicas tienden a estar disponibles sólo para poblaciones amplias y, por lo tanto, es posible que no sean fácilmente aplicables a personas con educación inferior a la secundaria o a aquellos que están siendo evaluados fuera de su idioma o cultura principal. Los desafíos de diagnóstico relacionados culturalmente incluyen tener en cuenta la variación intraétnica en la interpretación de las evaluaciones; evaluar el efecto en las pruebas neuropsicológicas de a) la amenaza estereotipada del examinado (es decir, la ansiedad por la preocupación de que él o ella confirme el estereotipo negativo del grupo étnico o racializado por su bajo rendimiento) y/o b) el sesgo implícito (inconsciente) del médico en prueba

Machine Translated by Google

interpretación; y seleccionar el idioma apropiado al evaluar a personas bilingües.

Las personas bilingües con demencia pueden perder su facilidad con los idiomas no nativos adquiridos, lo que podría afectar su capacidad para comunicarse con los cuidadores. El entorno de cuidado puede verse influenciado por normas culturales de responsabilidad familiar de cuidar a las personas mayores, al afectar, por ejemplo, la decisión de cuidar a la persona mayor con ENT en el hogar o en un centro de atención. En algunas culturas, se espera que los hijos adultos cuiden a sus padres mayores (por ejemplo, piedad filial), de modo que una limitación funcional puede no ser tan obvia para el anciano dependiente o la familia.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Algunos estudios muestran que hombres y mujeres experimentan las ENT graves y leves de manera diferente. Los factores relacionados con el sexo y el género pueden influir en la incidencia y prevalencia, la etiología (factores de riesgo y protectores) y las manifestaciones clínicas de las ENT graves y leves. Más mujeres que hombres padecen ENT importantes debido a su mayor esperanza de vida. Por lo tanto, una mujer de una edad determinada tiene un mayor riesgo acumulativo de desarrollar una ENT grave antes de morir que un hombre de la misma edad. La diferencia en las tasas de incidencia es menos clara y puede variar entre poblaciones y con el tiempo debido a factores relacionados con el género (p. ej., educación, ocupación, rol familiar, estrés). Por ejemplo, la incidencia de la demencia en varios países de ingresos más altos ha disminuido en los últimos 30 años, y la disminución fue diferente en hombres y mujeres de un país a otro. Las mujeres tienden a expresar una gama más amplia de síntomas. En particular, las mujeres tienden a manifestar más síntomas psiquiátricos como depresión, ansiedad y delirios. Los hombres tienden a manifestar más agresión, apatía y síntomas vegetativos.

Al igual que la edad, la cultura y la ocupación, las cuestiones de sexo y género pueden afectar el nivel de preocupación y conciencia de los síntomas cognitivos. Además, en el caso de las ENT en edades avanzadas, es probable que las mujeres sean mayores, tengan más comorbilidades médicas y vivan solas, lo que puede complicar la evaluación y el tratamiento. Además, existen diferencias de sexo y género en la frecuencia de algunos de los subtipos etiológicos.

Marcadores de diagnóstico

Además de una historia cuidadosa, las evaluaciones neuropsicológicas son las medidas clave para el diagnóstico de las ENT, particularmente en el nivel leve, donde los cambios funcionales son mínimos y los síntomas más sutiles. Idealmente, los individuos serán remitidos a pruebas neuropsicológicas formales, que proporcionarán una evaluación cuantitativa de todos los dominios relevantes y, por lo tanto, ayudarán con el diagnóstico; brindar orientación a la familia sobre áreas en las que la persona pueda necesitar más apoyo; y servir como punto de referencia para un mayor deterioro o respuesta a las terapias. Cuando dichas pruebas no están disponibles o no son factibles, las breves evaluaciones de la Tabla 1 pueden proporcionar información sobre cada dominio. Más pruebas globales breves del estado mental pueden ser útiles, pero pueden ser

insensible, particularmente a cambios modestos en un solo dominio o en aquellos con altas capacidades premórbidas, y puede ser demasiado sensible en aquellos con bajas capacidades premórbidas.

Para distinguir entre subtipos etiológicos, pueden entrar en juego marcadores de diagnóstico adicionales, en particular estudios de neuroimagen, como la resonancia magnética y la detección de positrones.

Machine Translated by Google

tomografías por emisión. Además, marcadores específicos pueden estar involucrados en la evaluación de subtipos específicos y pueden volverse más importantes a medida que se acumulan hallazgos de investigaciones adicionales con el tiempo, como se analiza en las secciones pertinentes.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Los estudios a gran escala indican tasas elevadas de comportamiento suicida en personas con ENT debido a una variedad de etiologías en comparación con personas sin una ENT. Un estudio nacional realizado en Taiwán informó que el intento de suicidio en la vejez se asocia con demencia posterior.

Consecuencias funcionales de los trastornos neurocognitivos mayores y leves Por definición, las ENT mayores y leves afectan el funcionamiento, dado el papel central de la cognición en la vida humana. Por lo tanto, los criterios para los trastornos y el umbral para diferenciar las ENT leves de las graves se basan en parte en la evaluación funcional. Dentro de las ENT principales existe una amplia gama de deterioro funcional, tal como se implementa en los especificadores de gravedad. Además, las funciones específicas que están comprometidas pueden ayudar a identificar los dominios cognitivos afectados, particularmente cuando las pruebas neuropsicológicas no están disponibles o son difíciles de interpretar.

Diagnóstico diferencial Cognición normal. El diagnóstico diferencial entre la cognición normal y las ENT leves, así como entre las ENT leves y las graves, es un desafío porque los límites son inherentemente arbitrarios.
La anamnesis cuidadosa y la evaluación objetiva son fundamentales para estas distinciones. Una evaluación longitudinal que utilice evaluaciones cuantificadas puede ser clave para detectar ENT leves.
Delirio. Tanto las ENT leves como las graves pueden ser difíciles de distinguir de un delirio persistente, que puede coexistir. Una evaluación cuidadosa de la atención y la excitación ayudará a hacer la distinción.

Trastorno depresivo mayor. La distinción entre ENT leve y trastorno depresivo mayor, que puede coexistir con ENT, también puede ser un desafío. Pueden resultar útiles patrones específicos de déficits cognitivos. Por ejemplo, los déficits constantes de memoria y funciones ejecutivas son típicos de la enfermedad de Alzheimer, mientras que en la depresión mayor se observa un rendimiento inespecífico o más variable. Alternativamente, puede ser necesario el tratamiento del trastorno depresivo con observación repetida a lo largo del tiempo para realizar el diagnóstico.

Trastorno específico del aprendizaje y otros trastornos del neurodesarrollo. Una clarificación cuidadosa del estado inicial del individuo ayudará a distinguir una ENT de un trastorno del aprendizaje específico u otros trastornos del desarrollo neurológico. Es posible que se incluyan cuestiones adicionales en el diferencial para subtipos etiológicos específicos, como se describe en las secciones pertinentes.

Las ENT comorbilidades son comunes en personas mayores y, por lo tanto, a menudo coexisten con una amplia variedad de enfermedades relacionadas con la edad que pueden complicar el diagnóstico o el tratamiento. El más notable de ellos es el delirio, cuyo riesgo de ENT aumenta. En las personas mayores, un delirio durante la hospitalización es, en muchos casos, la primera vez que se detecta una ENT, aunque una historia cuidadosa a menudo revelará evidencia de un deterioro anterior. Las ENT mixtas también son comunes en las personas mayores.

Machine Translated by Google

individuos, ya que muchas entidades etiológicas aumentan su prevalencia con la edad. En personas más jóvenes, las ENT a menudo coexisten con trastornos del desarrollo neurológico; por ejemplo, una lesión en la cabeza en un niño en edad preescolar también puede provocar problemas importantes de desarrollo y aprendizaje. La comorbilidad adicional de las ENT suele estar relacionada con el subtipo etiológico, como se analiza en las secciones pertinentes.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido al Alzheimer

Enfermedad

Criterios de diagnóstico

R. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. Hay un inicio insidioso y una progresión gradual del deterioro en uno o más dominios cognitivos (para un trastorno neurocognitivo mayor, al menos dos dominios deben estar alterados).

C. Se cumplen los criterios para la enfermedad de Alzheimer probable o posible de la siguiente manera: Para el trastorno neurocognitivo

mayor: se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si cualquiera de los siguientes está presente; de lo contrario, se debe diagnosticar una posible enfermedad de Alzheimer .

1. Evidencia de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en la familia historia o pruebas genéticas.
2. Están presentes los tres siguientes:
   a. Evidencia clara de deterioro de la memoria y el aprendizaje y al menos otro dominio cognitivo (basado en una historia detallada o pruebas neuropsicológicas seriadas).

   b. Disminución gradual y progresiva de la cognición, sin cambios prolongados. mesetas.

   C. No hay evidencia de etiología mixta (es decir, ausencia de otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, u otra enfermedad o afección neurológica, mental o sistémica que probablemente contribuya al deterioro cognitivo).

Para el trastorno neurocognitivo leve: la

enfermedad de Alzheimer probable se diagnostica si hay evidencia de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer a partir de pruebas genéticas o antecedentes familiares.

Se diagnostica una posible enfermedad de Alzheimer si no hay evidencia de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer a partir de pruebas genéticas o antecedentes familiares, y están presentes los tres siguientes: 1. Evidencia clara

de deterioro de la memoria y el aprendizaje.

2. Disminución gradual y progresiva de la cognición, sin mesetas prolongadas.

Machine Translated by Google

3. No hay evidencia de etiología mixta (es decir, ausencia de otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, u otra enfermedad o afección neurológica o sistémica que probablemente contribuya al deterioro cognitivo).

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

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en las páginas 682 y 683): para el trastorno neurocognitivo mayor debido a una probable o posible enfermedad de Alzheimer, con alteración del comportamiento, codifique primero G30.9 Enfermedad de Alzheimer, seguido de F02.81. Para el trastorno neurocognitivo mayor debido a probable o posible enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento, codifique primero G30.9 Enfermedad de Alzheimer, seguido de F02.80.

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderada" y "grave" no pueden codificarse para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así deben registrarse.

Para el trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer, codifique G31.84. (Nota: No utilice el código adicional para la enfermedad de Alzheimer. “Con alteración del comportamiento” y “sin alteración del comportamiento” no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse).

Para un trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer: utilice códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a la enfermedad de Alzheimer (p. ej., F06.2 trastorno psicótico debido a la enfermedad de Alzheimer, con delirios; F06.32 trastorno depresivo debido a enfermedad de Alzheimer, con episodio de tipo depresivo mayor).

Características diagnósticas

Más allá del síndrome del trastorno neurocognitivo (ENT) (Criterio A), las características principales de las ENT graves o leves debidas a la enfermedad de Alzheimer incluyen un inicio insidioso y una progresión gradual de los síntomas cognitivos y conductuales (Criterio B). La presentación típica es amnésica (es decir, con deterioro de la memoria y el aprendizaje). También existen presentaciones no amnésicas inusuales, en particular variantes afásicas visoespaciales y logopénicas. Una proporción significativa de personas, probablemente más de la mitad, presentan por primera vez síntomas conductuales antes de la aparición de los síntomas cognitivos; La presencia de alteraciones del comportamiento debe anotarse utilizando los códigos especificadores apropiados. En la fase leve de la ENT, la enfermedad de Alzheimer se manifiesta típicamente con un deterioro de la memoria y el aprendizaje, a veces acompañado de déficits en la función ejecutiva. En la fase principal de la ENT, la capacidad visuoconstructiva/perceptivo-motora y el lenguaje (p. ej., recuperación de palabras) también se verán afectados, particularmente cuando la ENT es de moderada a grave. La cognición social tiende a conservarse hasta el final de la enfermedad, con excepción de los individuos que tienen las variantes menos comunes con alteraciones disejecutivas y conductuales significativas.

Debe especificarse un nivel de certeza diagnóstica que indique la enfermedad de Alzheimer como la etiología “probable” o “posible” (Criterio C). La probable enfermedad de Alzheimer se diagnostica en

Machine Translated by Google

ENT tanto grave como leve si hay evidencia de un gen causante de la enfermedad de Alzheimer, ya sea a partir de pruebas genéticas o de antecedentes familiares autosómicos dominantes junto con la confirmación de una autopsia o una prueba genética en un miembro de la familia afectado. En la actualidad, la designación de "probable" representa el nivel más alto de certeza diagnóstica dentro del marco de criterios actual. Sin embargo, los avances actuales en biomarcadores continúan aumentando la certeza diagnóstica (p. ej., cuando las tomografías por emisión de positrones [PET] cerebrales pueden indicar la presencia de patología de Alzheimer, como evidencia de depósito de amiloide y/o tau mediante imágenes o análisis cerebroespinal [LCR]) . En el caso de las ENT graves, un cuadro clínico típico, sin mesetas prolongadas ni evidencia de etiología mixta, también puede diagnosticarse como debido a una probable enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, en algunos individuos puede haber períodos prolongados de progresión muy lenta o mínima. Para las ENT leves, dado el menor grado de certeza de que los déficits progresarán, estas características sólo son suficientes para una posible etiología de Alzheimer. Sin embargo, como se indicó anteriormente, los nuevos métodos de biomarcadores pueden afectar el uso de “probable” y “posible” en las ENT leves. Si la etiología parece mixta, se debe diagnosticar una ENT leve debida a múltiples etiologías. En cualquier caso, tanto para las ENT leves como para las graves debidas a la enfermedad de Alzheimer, las características clínicas no deben sugerir otra etiología primaria para la ENT (Criterio D). A medida que los datos de los biomarcadores sigan informando sobre la naturaleza de las patologías subyacentes, es probable que en el futuro se mapee de forma más sistemática la existencia de múltiples etiologías para identificar mejor las variaciones diagnósticas en las ENT debidas a múltiples etiologías.

Funciones asociadas

Para las personas con ENT debido a la enfermedad de Alzheimer, los síntomas se extienden más allá de los déficits cognitivos e incluyen síntomas neuropsiquiátricos como agitación, apatía, depresión, delirios y trastornos del sueño. Los síntomas neuropsiquiátricos también pueden describirse como

Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia y se han observado en trastornos neurocognitivos de todas las etiologías. Estos síntomas son casi universales en la enfermedad de Alzheimer, como se confirmó en dos muestras de población de EE. UU., y un seguimiento de 5 años en una informó que el 98% de las personas con ENT debido a la enfermedad de Alzheimer desarrollan síntomas neuropsiquiátricos.

Los síntomas neuropsiquiátricos conducen a discapacidad, empeoramiento de la calidad de vida, mayor deterioro en las actividades de la vida diaria, deterioro cognitivo y funcional más rápido, mayor carga para los cuidadores, institucionalización más temprana y mortalidad acelerada. Los síntomas neuropsiquiátricos suelen ser más angustiantes que las manifestaciones cognitivas y con frecuencia son el motivo por el que se busca asistencia sanitaria. Estos síntomas también están presentes con frecuencia en la etapa leve de ENT, y la evidencia sugiere que más de la mitad de las personas que desarrollan demencia comienzan con síntomas neuropsiquiátricos. En la etapa de ENT leve o en el nivel más leve de ENT grave, se observan con mayor frecuencia depresión, irritabilidad y/o apatía. En las ENT graves moderadamente graves, son comunes los delirios, la agitación, la combatividad y la deambulación. Al final de la enfermedad se observan alteraciones de la marcha, disfagia, incontinencia, mioclonías y convulsiones.

Predominio

La prevalencia general de las ENT debidas a la enfermedad de Alzheimer aumenta marcadamente con la edad. En lo alto-

Machine Translated by Google

En los países de ingresos altos, oscila entre el 5% y el 10% en personas de 60 a 69 años y al menos el 25% en adelante. Se estima que 5,4 millones de estadounidenses de todas las edades padecieron demencia debido a la enfermedad de Alzheimer en 2016, incluidas alrededor de 200.000 personas con inicio de la enfermedad antes de los 65 años. La demencia debida a la enfermedad de Alzheimer se encuentra en el 11% de las personas de 65 años o más y en el 32% de las personas de esa edad. 85 años y más. Las estimaciones que aplican las tasas de incidencia de demencia debida a la enfermedad de Alzheimer a los datos del censo de EE. UU. indican que el 81% de las personas con la enfermedad tienen 75 años o más. El porcentaje de demencias atribuibles a la enfermedad de Alzheimer oscila entre aproximadamente el 60% y más del 90%, según el entorno y los criterios de diagnóstico. Es probable que las ENT leves debidas a la enfermedad de Alzheimer representen también una fracción sustancial del deterioro cognitivo leve (DCL).

Los estudios muestran que la prevalencia de la demencia debida a la enfermedad de Alzheimer tiende a variar según el origen étnico-racial; por ejemplo, en Estados Unidos, la prevalencia en personas de 65 años o más oscila entre el 3,5% y el 14,4%, según el grupo etnorracial, la edad y la metodología de evaluación. Se ha encontrado una mayor prevalencia entre afroamericanos y latinos estadounidenses de origen caribeño, después del ajuste por género y comorbilidades clínicas.

Desarrollo y evolución Las ENT graves o

leves debidas a la enfermedad de Alzheimer progresan gradualmente, a veces con mesetas, a través de una demencia grave hasta la muerte. La duración media de la supervivencia después del diagnóstico es de aproximadamente 10 años, lo que refleja la edad avanzada de la mayoría de los individuos más que el curso de la enfermedad; Algunas personas pueden vivir con la enfermedad hasta 20 años. Los individuos en la última etapa eventualmente se vuelven mudos y postrados en cama. La muerte suele ser el resultado de una aspiración en aquellos que sobreviven durante todo el tratamiento. En las ENT leves debidas a la enfermedad de Alzheimer, las deficiencias aumentan con el tiempo y el estado funcional disminuye gradualmente hasta que los síntomas alcanzan el umbral para el diagnóstico de una ENT grave.

La aparición de los síntomas suele ser entre los 70 y los 89 años; Las formas de aparición temprana que se observan en personas de 40 a 59 años a menudo, aunque no siempre, están relacionadas con mutaciones causales conocidas. Los síntomas y la patología no difieren mucho según la edad de aparición. Sin embargo, las personas más jóvenes tienen más probabilidades de sobrevivir al curso completo de la enfermedad, mientras que las personas mayores tienen más probabilidades de tener numerosas comorbilidades médicas que afectan el curso y el tratamiento de la enfermedad. La complejidad diagnóstica es mayor en los adultos mayores debido a la mayor probabilidad de enfermedades médicas comórbidas y patología mixta. La edad de aparición de los síntomas, la tasa de deterioro cognitivo y las tasas de supervivencia parecen variar según el origen étnico-racial. Por ejemplo, comparado

con los blancos no latinos, los latinos estadounidenses pueden desarrollar síntomas de la enfermedad de Alzheimer hasta 4 años antes, los afroamericanos tienden a mostrar un deterioro cognitivo más lento y ambos grupos desatendidos pueden tener períodos de supervivencia más prolongados.

Factores de riesgo y pronóstico Se han

identificado varios factores de riesgo, entre ellos un nivel educativo bajo, hipertensión en la mediana edad, obesidad y pérdida auditiva, así como tabaquismo, depresión, inactividad física, aislamiento social y diabetes en la vejez. La coexistencia de múltiples factores de riesgo vascular también aumenta el riesgo de enfermedad de Alzheimer y puede actuar aumentando la patología cerebrovascular o

Machine Translated by Google

también a través de efectos directos sobre la patología del Alzheimer. La lesión cerebral traumática, especialmente en los hombres, puede aumentar el riesgo de ENT grave o leve debido a la enfermedad de Alzheimer, aunque esta relación sigue siendo controvertida.

Genético y fisiológico. La edad es sin duda el factor de riesgo más importante para la enfermedad de Alzheimer, como lo demuestran las estimaciones de prevalencia. Se ha demostrado una fuerte predisposición genética (60%-80% del riesgo atribuible). Mutaciones raras en los cromosomas 1, 14 y 21 siguen la herencia mendeliana y dan lugar a formas autosómicas dominantes. Las personas con síndrome de Down (trisomía 21) pueden desarrollar la enfermedad de Alzheimer si sobreviven hasta la mediana edad. Los factores de riesgo más comunes son poligénicos: se han identificado más de 45 genes/loci de riesgo, normalmente con pequeños efectos sobre el riesgo. El polimorfismo de susceptibilidad genética más fuerte, la apolipoproteína E4 (APOE*E4), aumenta el riesgo y disminuye la edad de inicio, particularmente en individuos homocigotos, aunque algunos individuos homocigotos sobreviven hasta edades avanzadas sin desarrollar síntomas.

El origen etnorracial y nacional están relacionados con el perfil genético de susceptibilidad a la enfermedad de Alzheimer. Si bien APOE*E4 se asocia con el riesgo de enfermedad de Alzheimer, esta asociación no se ha encontrado de manera consistente en todos los grupos étnicos y raciales. Por ejemplo, algunos estudios han identificado una mutación única en el gen de presenilina 1 Gly206Ala entre individuos de ascendencia puertorriqueña con enfermedad de Alzheimer, que también está relacionada con la aparición temprana. Además, algunos estudios han encontrado una asociación más fuerte con ABCA7, un gen transportador de proteínas, entre personas que se identifican como afroamericanas que entre personas blancas estadounidenses.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura La detección de una ENT puede ser más difícil en entornos culturales y socioeconómicos donde la pérdida de memoria se considera normal en la vejez, donde los adultos mayores enfrentan menos demandas cognitivas en la vida cotidiana o donde niveles educativos muy bajos plantean mayores desafíos para alcanzar objetivos. evaluación cognitiva.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género En varios estudios europeos se encontró que las mujeres tenían una mayor incidencia de la enfermedad de Alzheimer que los hombres, pero la incidencia fue similar en hombres y mujeres en la mayoría de los estudios norteamericanos. Algunos estudios sugirieron que los síntomas de la demencia progresan más rápido en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, debido a que las mujeres obtienen mejores resultados que los hombres de la misma edad en algunas pruebas de memoria verbal, también es posible que las diferencias de género reflejen las puntuaciones límite de las pruebas utilizadas para respaldar un diagnóstico. Diferentes puntuaciones de corte pueden ser útiles en hombres y mujeres al evaluar el deterioro cognitivo leve.

Marcadores de diagnóstico Las placas neuríticas con predominio de amiloide, los ovillos neurofibrilares con predominio de tau y la pérdida neuronal observadas microscópicamente o manifestadas en atrofia cortical regional (p. ej., hipocámpica, parietal, frontal) son características distintivas del diagnóstico patológico de la enfermedad de Alzheimer y pueden confirmarse mediante histopatología post mortem. examen. Para

casos de aparición temprana con aparente herencia autosómica dominante, una mutación en uno de los conocidos

Machine Translated by Google

Los genes causantes de la enfermedad de Alzheimer (proteína precursora de amiloide (APP), presenilina 1 (PSEN1) o presenilina 2 (PSEN2) pueden estar involucrados, y las pruebas genéticas para tales mutaciones están disponibles comercialmente, aunque generalmente sin utilidad clínica. Si bien APOE E*4 no puede servir como marcador de diagnóstico porque es un factor de riesgo (es decir, no es necesario ni suficiente para la aparición de la enfermedad), en raras ocasiones las pruebas genéticas en este locus pueden tener utilidad en entornos clínicos.

Dado que el depósito de beta-42 amiloide en el cerebro ocurre temprano en la cascada fisiopatológica, las pruebas de diagnóstico basadas en amiloide, como las imágenes de amiloide en las exploraciones por PET del cerebro y los niveles reducidos de beta-42 amiloide en el LCR, pueden tener valor diagnóstico. De manera similar, las imágenes de tau PET o los análisis del LCR para detectar niveles elevados de tau total o fosfo-tau están disponibles para uso clínico. Los signos de lesión neuronal, como la atrofia cortical temporoparietal y del hipocampo en una resonancia magnética y el hipometabolismo temporoparietal en una PET con fluorodesoxiglucosa, proporcionan evidencia de daño neuronal, pero son menos específicos de la enfermedad de Alzheimer. La mayoría de estos biomarcadores han sido validados y están ampliamente disponibles en entornos de atención terciaria. Se están desarrollando biomarcadores sanguíneos para la enfermedad de Alzheimer y es probable que estén clínicamente disponibles como indicadores de diagnóstico, pronóstico y teranósticos.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

La enfermedad de Alzheimer se asocia con un riesgo moderado de suicidio incluso muchos años después del diagnóstico; por lo tanto, es apropiada una evaluación continua del estado de ánimo y las tendencias suicidas. Un gran estudio poblacional realizado en Dinamarca encontró que el riesgo de suicidio en personas con un diagnóstico de demencia determinado en el hospital era de tres a ocho veces mayor en comparación con personas sin demencia.

Por el contrario, varios otros estudios encontraron resultados mixtos con respecto al riesgo de suicidio en personas con enfermedad de Alzheimer. Una revisión de la neurobiología del suicidio en los ancianos encontró evidencia preliminar de una asociación con los déficits cognitivos y el comportamiento suicida de los ancianos, especialmente en lo que respecta a la toma de decisiones deteriorada y la inhibición cognitiva reducida.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo mayor o leve Debido a la enfermedad de Alzheimer

Debido al efecto sobre la cognición, el comportamiento y el funcionamiento, las ENT debidas a la enfermedad de Alzheimer tienen un impacto grave y sustancial en las personas, sus cuidadores y sus familias. Al principio del curso de la enfermedad, la pérdida de memoria, la desorientación y los síntomas del estado de ánimo afectan negativamente la independencia y crean preocupaciones de seguridad (p. ej., al conducir). Para las personas que comienzan a edades más tempranas, las ENT debidas a la enfermedad de Alzheimer pueden conducir a una jubilación anticipada. A medida que avanza la enfermedad, los individuos se vuelven cada vez más discapacitados en las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, y poco a poco se vuelven totalmente dependientes de los demás. Los cuidadores de personas con ENT debido a la enfermedad de Alzheimer a menudo ven cómo su red social se deteriora y desarrollan una serie de problemas de salud y de salud mental que pueden afectar negativamente los resultados tanto para el cuidador como para el individuo con ENT.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos neurocognitivos. Las ENT graves y leves debidas a otros procesos neurodegenerativos (p. ej., enfermedad con cuerpos de Lewy, degeneración frontotemporal) comparten el inicio insidioso y el declive gradual causado por la enfermedad de Alzheimer, pero tienen características centrales distintivas propias (que son

Machine Translated by Google

no siempre presente). Por ejemplo, las ENT con cuerpos de Lewy se caracterizan típicamente por fluctuaciones frecuentes en la cognición en las primeras etapas de la enfermedad, características parkinsonianas, desequilibrios en la marcha y alucinaciones visuales. Las personas con ENT frontotemporal pueden presentar una variante distintiva de comportamiento o lenguaje. La variante de comportamiento típicamente

Primero se manifiesta con cambios prominentes en el comportamiento social, como desinhibición, apatía o comportamiento perseverativo, que no pocas veces pueden conducir a un diagnóstico psiquiátrico primario. Por el contrario, la variante lingüística de la ENT frontotemporal puede manifestarse con deficiencias en el lenguaje expresivo o en la comprensión de palabras.

En las ENT vasculares graves o leves, suele haber antecedentes de accidente cerebrovascular temporalmente relacionados con la aparición de deterioro cognitivo, y los infartos o depósitos de hemosiderina observados en las imágenes cerebrales pueden considerarse suficientes para explicar el cuadro clínico. Sin embargo, las ENT vasculares graves o leves comparten muchas características clínicas con la enfermedad de Alzheimer; Frecuentemente la patología de Alzheimer está presente sola o en combinación con patologías vasculares. Cabe señalar que el cambio en la sustancia blanca por sí solo no constituye evidencia suficiente de enfermedad cerebrovascular para proponer una etiología mixta si las otras consideraciones diagnósticas respaldan el diagnóstico de ENT debida a la enfermedad de Alzheimer. La presencia de cambios isquémicos subcorticales en las imágenes de neuroimagen debe interpretarse cuidadosamente en vista de si existe patología de Alzheimer concurrente.

Otra enfermedad neurológica o sistémica activa concurrente. Se deben considerar otras enfermedades neurológicas o sistémicas si existe una relación temporal y una gravedad adecuadas para explicar el cuadro clínico. En el nivel leve de ENT, puede resultar difícil distinguir la etiología de la enfermedad de Alzheimer de la de otra afección médica (p. ej., trastornos de la tiroides, deficiencia de vitamina B12).

Trastorno depresivo mayor. Particularmente en el nivel de ENT leve, el diagnóstico diferencial también incluye la depresión mayor. La presencia de depresión puede estar asociada con un funcionamiento diario reducido y una concentración deficiente que puede parecerse a una ENT, pero la mejora con el tratamiento de la depresión puede ser útil para hacer la distinción. Si se considera que los síntomas que cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor se deben a los efectos fisiológicos de la enfermedad de Alzheimer, se debe realizar un diagnóstico de trastorno depresivo debido a la enfermedad de Alzheimer, con un episodio similar a una depresión mayor, en lugar de trastorno depresivo mayor.

Comorbilidad

La mayoría de las personas con enfermedad de Alzheimer son personas mayores y tienen múltiples afecciones médicas que pueden complicar el diagnóstico e influir en el curso clínico. Las ENT graves o leves debidas a la enfermedad de Alzheimer suelen coexistir con la enfermedad cerebrovascular, lo que contribuye al cuadro clínico. Cuando una condición comórbida contribuye a la ENT en un individuo con enfermedad de Alzheimer, entonces se debe diagnosticar una ENT debida a múltiples etiologías.

Trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve

Machine Translated by Google

Criterios de diagnóstico

R. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. La perturbación tiene un inicio insidioso y una progresión gradual.

C. Ya sea (1) o (2):

1. Variante de comportamiento:

a. Tres o más de los siguientes síntomas conductuales:

i. Desinhibición conductual.

ii. Apatía o inercia. III.

Pérdida de simpatía o empatía.

IV. Comportamiento perseverativo, estereotipado o compulsivo/ritualista. v.

Hiperoralidad y cambios dietéticos.

b. Disminución prominente de la cognición social y/o de las capacidades ejecutivas.

2. Variante lingüística:

a. Disminución prominente de la capacidad del lenguaje, en forma de producción del habla, búsqueda de palabras, denominación de objetos, gramática o comprensión de palabras.

D. Relativa preservación del aprendizaje, la memoria y la función perceptivo-motora.

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

Se diagnostica un trastorno neurocognitivo frontotemporal probable si se presenta alguno de los siguientes: de lo contrario, se debe diagnosticar un posible trastorno neurocognitivo frontotemporal : 1. Evidencia de una mutación genética causante

del trastorno neurocognitivo frontotemporal,

ya sea por antecedentes familiares o pruebas genéticas.

2. Evidencia de afectación desproporcionada del lóbulo frontal y/o temporal por

neuroimagen.

Se diagnostica un posible trastorno neurocognitivo frontotemporal si no hay evidencia de una mutación genética y no se han realizado neuroimágenes.

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en las págs.

682 y 683): para el trastorno neurocognitivo mayor debido a una probable o posible degeneración frontotemporal, con alteración del comportamiento, codifique primero G31.09 degeneración frontotemporal, seguido de F02.81. Para el trastorno neurocognitivo mayor debido a una probable o posible degeneración frontotemporal, sin alteración del comportamiento, codifique primero G31.09 degeneración frontotemporal, seguido de F02.80.

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderada" y "grave" no pueden codificarse para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así deben registrarse.

Machine Translated by Google

Para trastorno neurocognitivo leve debido a degeneración frontotemporal, codifique G31.84.
(Nota: No utilice el código adicional para la degeneración frontotemporal. “Con alteración del comportamiento” y “sin alteración del comportamiento” no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse).

Para trastorno neurocognitivo frontotemporal grave o leve: utilice códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a la degeneración frontotemporal (p. ej., F06.33 trastorno bipolar y relacionado debido a degeneración frontotemporal, con características maníacas; F07.0 cambio de personalidad debido a degeneración frontotemporal, tipo desinhibida).

Características diagnósticas El

trastorno neurocognitivo frontotemporal (ENT) mayor o leve comprende una serie de variantes sindrómicas caracterizadas por el desarrollo progresivo de cambios de comportamiento y personalidad y/o deterioro del lenguaje. La variante conductual y dos variantes del lenguaje (semántica y agramática/no fluida) exhiben patrones distintos de atrofia cerebral y alguna neuropatología distintiva. Se deben cumplir los criterios para la variante de comportamiento o de lenguaje para hacer el diagnóstico, pero muchos individuos presentan características de ambas.

Las personas con ENT frontotemporal leve o mayor con variante conductual presentan diversos grados de apatía o desinhibición. Pueden perder interés en la socialización, el cuidado personal y las responsabilidades personales, o mostrar comportamientos socialmente inapropiados. La percepción suele verse afectada y esto suele retrasar la consulta médica. La primera derivación suele ser a un psiquiatra. Los individuos pueden desarrollar cambios en el estilo social y en las creencias religiosas y políticas.

creencias, con movimientos repetitivos, acaparamiento, cambios en la conducta alimentaria e hiperoralidad. En etapas posteriores, puede ocurrir pérdida del control de los esfínteres. El deterioro cognitivo es menos prominente y las pruebas formales pueden mostrar relativamente pocos déficits en las primeras etapas. Los síntomas neurocognitivos comunes son falta de planificación y organización, distracción y falta de juicio. Se presentan déficits en la función ejecutiva, como un desempeño deficiente en pruebas de flexibilidad mental, razonamiento abstracto e inhibición de respuestas, pero el aprendizaje y la memoria están relativamente preservados, y las capacidades perceptivo-motoras casi siempre se conservan en las primeras etapas.

Las personas con ENT frontotemporal mayor o leve con variante del lenguaje presentan afasia progresiva primaria con inicio gradual, con dos subtipos comúnmente descritos: variante semántica y variante agramática/ no fluida; cada variante tiene características distintivas y neuropatología correspondiente. Una tercera forma de deterioro progresivo del lenguaje, llamada afasia progresiva logopénica, se asocia con disfunción temporoparietal izquierda y a menudo es causada por la patología de la enfermedad de Alzheimer.

La ENT frontotemporal “probable” se distingue de la “posible” por la presencia de factores genéticos causales (p. ej., mutaciones en el gen que codifica la proteína tau asociada a los microtúbulos) o por la presencia de atrofia distintiva o actividad reducida en las regiones frontotemporales en estructuras o funciones. imágenes.

Funciones asociadas

Machine Translated by Google

Las características extrapiramidales pueden ser prominentes en algunos casos, superponiéndose con síndromes como la parálisis supranuclear progresiva y la degeneración corticobasal. En algunos casos pueden estar presentes características de enfermedad de la neurona motora (p. ej., atrofia muscular, debilidad). Un subconjunto de personas desarrolla alucinaciones visuales.

Predominio

Las ENT frontotemporales graves o leves son una causa común de ENT de aparición temprana en personas menores de 65 años. En estudios internacionales, las estimaciones de prevalencia poblacional están en el rango de 2 a 31 por 100.000, y las tasas generales generalmente son iguales en hombres y mujeres, aunque existen variaciones entre los estudios. Aproximadamente entre el 20% y el 25% de los casos de ENT frontotemporales ocurren en personas mayores de 65 años. Las ENT frontotemporales representan aproximadamente el 5% de todos los casos de demencia en series de autopsias no seleccionadas. La variante conductual es la presentación más común de ENT debido a la degeneración frontotemporal y ocurre en aproximadamente el 60% de los casos.

Desarrollo y evolución

Las personas con ENT frontotemporal grave o leve suelen presentarse alrededor de los 50 años, aunque la edad de inicio varía entre los 20 y los 80 años. La enfermedad es gradualmente progresiva, con una mediana de supervivencia de 6 a 11 años después del inicio de los síntomas y de 3 a 4 años después del diagnóstico. La supervivencia es más corta y el descenso es más rápido en las ENT frontotemporales graves o leves que en la enfermedad de Alzheimer típica.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Genéticos y fisiológicos. Aproximadamente el 40% de las personas con ENT frontotemporal grave o leve tienen antecedentes familiares de ENT de aparición temprana y aproximadamente el 10% muestra un patrón de herencia autosómico dominante. Se han identificado varios factores genéticos, como mutaciones en el gen que codifica la proteína tau asociada a microtúbulos (MAPT), el gen de la granulina (GRN) y el gen C9ORF72 (C9orf72). Se han identificado varias familias con mutaciones causales (consulte la sección "Marcadores de diagnóstico" para este trastorno), pero muchas personas con transmisión familiar conocida no tienen una mutación conocida. La presencia de enfermedad de la neurona motora se asocia con un deterioro más rápido.

Marcadores de diagnóstico

La tomografía computarizada (CT) o la resonancia magnética estructural (MRI) pueden mostrar distintos patrones de atrofia. En la ENT frontotemporal leve o mayor con variante conductual, tanto los lóbulos frontales (especialmente los lóbulos frontales mediales) como los lóbulos temporales anteriores están atróficos. En la variante del lenguaje semántico mayor o la ENT frontotemporal leve, los lóbulos temporales medio, inferior y anterior están atróficos bilateralmente pero asimétricamente, siendo el lado izquierdo el que suele estar más afectado.
La ENT frontotemporal mayor o leve con variante del lenguaje no fluido se asocia con atrofia frontal-insular posterior predominantemente izquierda. Las imágenes funcionales demuestran hipoperfusión y/o hipometabolismo cortical en las regiones cerebrales correspondientes, que pueden estar presentes en las primeras etapas en ausencia de anomalía estructural. Biomarcadores emergentes para la enfermedad de Alzheimer

Machine Translated by Google

(p. ej., niveles de beta-amiloide y tau en el líquido cefalorraquídeo, e imágenes de amiloide) pueden ayudar en el diagnóstico diferencial, pero la distinción de la enfermedad de Alzheimer puede seguir siendo difícil.

En casos familiares de ENT frontotemporal, la identificación de mutaciones genéticas puede ayudar a confirmar el diagnóstico. Las mutaciones asociadas con las ENT frontotemporales incluyen los genes que codifican la proteína tau asociada a microtúbulos (MAPT) y la granulina (GRN), C9ORF72, la proteína de unión al ADN de respuesta transactiva de 43 kDa (TDP-43 o TARDBP), la proteína que contiene valosina (VCP) , proteína modificadora de cromatina 2B (CHMP2B) y proteína fusionada en sarcoma (FUS).

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve Debido a la edad relativamente temprana de aparición del trastorno, el trastorno a menudo afecta el lugar de trabajo y la vida familiar. Debido a la implicación del lenguaje y/o la conducta, la función suele verse afectada más gravemente relativamente temprano en el curso. Para los individuos con la variante conductual, antes de la aclaración del diagnóstico puede haber importantes trastornos familiares, implicaciones legales y problemas en el lugar de trabajo debido a conductas socialmente inapropiadas. El deterioro funcional atribuible al cambio de conducta y la disfunción del lenguaje, que puede incluir hiperoralidad, deambulación impulsiva y otras conductas desinhibidas, puede exceder con creces el atribuible a la alteración cognitiva y puede conducir a la internación en un asilo de ancianos o a la institucionalización. Estos comportamientos pueden ser gravemente perturbadores, incluso en entornos de atención estructurada, especialmente cuando los individuos son, por lo demás, sanos, no frágiles y libres de otras comorbilidades médicas.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos neurocognitivos. Otras enfermedades neurodegenerativas pueden distinguirse de las ENT frontotemporales graves o leves por sus rasgos característicos. En las ENT graves o leves debidas a la enfermedad de Alzheimer, la disminución del aprendizaje y la memoria es una característica temprana. Sin embargo, en la autopsia se descubre que entre el 10% y el 30% de las personas que presentan un síndrome que sugiere una ENT frontotemporal grave o leve tienen patología de la enfermedad de Alzheimer. Esto ocurre con mayor frecuencia en individuos que presentan síndromes disejecutivos progresivos en ausencia de cambios de conducta o trastorno del movimiento o en aquellos con la variante logopénica.

En las ENT graves o leves con cuerpos de Lewy, deben estar presentes características centrales y sugestivas de los cuerpos de Lewy. En las ENT graves o leves debidas a la enfermedad de Parkinson, el parkinsonismo espontáneo surge mucho antes que el deterioro cognitivo. En las ENT vasculares mayores o leves, dependiendo de las regiones cerebrales afectadas, también puede haber pérdida de la función ejecutiva y cambios de comportamiento como apatía, y este trastorno debe considerarse en el diagnóstico diferencial. Sin embargo, la historia de un evento cerebrovascular se relaciona temporalmente con la aparición de deterioro cognitivo en las ENT vasculares graves o leves, y las neuroimágenes revelan infartos o lesiones de la sustancia blanca suficientes para explicar el cuadro clínico.

Otras condiciones neurológicas. La ENT frontotemporal grave o leve se superpone clínicamente y con la parálisis supranuclear progresiva, la degeneración corticobasal y la enfermedad de la neurona motora.

Machine Translated by Google

patológicamente. La parálisis supranuclear progresiva se caracteriza por parálisis supranuclear de la mirada y parkinsonismo de predominio axial. Puede haber signos pseudobulbares y la retropulsión (pérdida del equilibrio hacia atrás) suele ser prominente. La evaluación neurocognitiva muestra enlentecimiento psicomotor, mala memoria de trabajo y disfunción ejecutiva. La degeneración corticobasal se presenta con rigidez asimétrica, apraxia de las extremidades, inestabilidad postural, mioclono, fenómeno de extremidad ajena y pérdida sensorial cortical. Muchos individuos con ENT frontotemporal leve o mayor con variante conductual muestran características de enfermedad de la neurona motora, que tienden a ser una enfermedad mixta de la neurona motora superior y predominantemente inferior.

Otros trastornos mentales y condiciones médicas. La ENT frontotemporal mayor o leve con variante conductual puede confundirse con un trastorno mental primario, como depresión mayor, trastornos bipolares o esquizofrenia, y los individuos con esta variante a menudo acuden inicialmente a psiquiatría.

Con el tiempo, el desarrollo de dificultades neurocognitivas progresivas ayudará a hacer la distinción. Una evaluación médica cuidadosa ayudará a excluir causas tratables de ENT, como alteraciones metabólicas, deficiencias nutricionales e infecciones. Si se considera que los síntomas característicos de un trastorno mental primario (p. ej., delirios) se deben a los efectos fisiológicos de la degeneración frontotemporal, se debe realizar un diagnóstico del trastorno mental apropiado debido a la degeneración frontotemporal en lugar del trastorno psicótico primario (p. ej., trastorno psicótico por degeneración frontotemporal, con delirios).

Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy

Criterios de diagnóstico

R. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.

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

C. El trastorno reúne una combinación de características diagnósticas centrales y características diagnósticas sugestivas de un trastorno neurocognitivo probable o posible con cuerpos de Lewy.

Para un probable trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy, el individuo tiene dos características centrales o una característica sugestiva con una o más características centrales. Para un posible trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy, el individuo tiene solo una característica central o una o más características sugestivas.

1. Características principales del diagnóstico: a. Cognición fluctuante con variaciones pronunciadas en la atención y vigilancia.

   b. Alucinaciones visuales recurrentes, bien formadas y detalladas.

   C. Características espontáneas del parkinsonismo, con inicio posterior al desarrollo del deterioro cognitivo.

2. Características diagnósticas sugerentes:

   a. Cumple con los criterios para el trastorno de conducta del sueño con movimientos oculares rápidos.

Machine Translated by Google

b. Sensibilidad neuroléptica severa.

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

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en las
págs. 682 y 683): para el trastorno neurocognitivo mayor con probable o posible cuerpos de Lewy, con alteración del comportamiento, codifique primero G31.83 Enfermedad con cuerpos de Lewy, seguido de F02.81.

700

Para el trastorno neurocognitivo mayor con probable o posible cuerpos de Lewy, sin alteración del comportamiento, codifique primero G31.83 Enfermedad con cuerpos de Lewy, seguido de F02.80.
Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderada" y "grave" no pueden codificarse para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así deben registrarse.

Para trastorno neurocognitivo leve con cuerpos de Lewy, codifique G31.84. (Nota: no utilice el código adicional para la enfermedad con cuerpos de Lewy. “Con alteración del comportamiento” y “sin alteración del comportamiento” no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse).

Para trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy: utilice códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a la enfermedad de cuerpos de Lewy (p. ej., F06.0 trastorno psicótico debido a enfermedad de cuerpos de Lewy, con alucinaciones; F06.31 trastorno depresivo debido a a la enfermedad con cuerpos de Lewy, con rasgos depresivos).

Características diagnósticas El

trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy corresponde a la condición conocida como demencia con cuerpos de Lewy (DLB). La categoría general de trastorno neurocognitivo grave o leve con cuerpos de Lewy (NCDLB) incluye no solo el deterioro cognitivo progresivo (con cambios tempranos en la atención, la función ejecutiva y la capacidad visuoperceptiva, en lugar del aprendizaje y la memoria), sino también alucinaciones visuales complejas y recurrentes; y síntomas concurrentes de trastorno de conducta del sueño con movimientos oculares rápidos (REM) (que puede ser una manifestación muy temprana); así como alucinaciones en otras modalidades sensoriales, apatía, ansiedad, depresión y delirios. Los síntomas cognitivos pueden fluctuar en un patrón que puede parecerse a un delirio, para el cual se puede encontrar o no un factor precipitante adecuado. La presentación variable de los síntomas de NCDLB reduce la probabilidad de que se observen todos los síntomas en una visita breve a la clínica y requiere una evaluación exhaustiva, que incluya observaciones del cuidador. El uso de escalas de evaluación diseñadas específicamente para evaluar la fluctuación puede ayudar en el diagnóstico. Otra característica central es el parkinsonismo espontáneo; a menudo esto puede ser relativamente leve y el grado de respuesta al tratamiento con levodopa es variable. Es posible que hasta el 25% de las personas con probable NCDLB nunca desarrollen signos extrapiramidales y no son esenciales para el diagnóstico. El parkinsonismo debe distinguirse de los signos extrapiramidales inducidos por neurolépticos. El diagnóstico preciso es esencial para una planificación segura del tratamiento, ya que hasta el 50% de las personas con NCDLB tienen una sensibilidad grave a los fármacos neurolépticos, y estos medicamentos deben usarse con extrema precaución en personas con sospecha de tener un diagnóstico de NCDLB.

El diagnóstico de NCDLB leve es apropiado para personas que presentan el núcleo

Machine Translated by Google

características clínicas en una etapa en la que los deterioros cognitivos o funcionales no son de gravedad suficiente para cumplir los criterios de ENT grave, especialmente si los déficits cognitivos no amnésicos son prominentes. Sin embargo, como ocurre con todas las ENT leves, a menudo no habrá evidencia suficiente para justificar una etiología única, y el uso de un diagnóstico no especificado puede ser más apropiado.

Funciones asociadas

Las personas con NCDLB frecuentemente experimentan caídas repetidas, síncopes u otros episodios transitorios de falta de respuesta. Se puede observar disfunción autonómica, incluida hipotensión ortostática, estreñimiento e incontinencia urinaria; También se pueden observar hipersomnia e hiposmia.

Predominio

Los datos limitados de varios países de ingresos altos y bajos y medianos muestran que las estimaciones de prevalencia poblacional de NCDLB oscilan entre el 0% y el 1,2% de la población general de edad avanzada, y entre el 0% y el 9,7% de todos los casos de demencia. La prevalencia media de NCDLB mayor fue del 4,2% de todas las demencias en la comunidad, y en estudios clínicos aumentó al 7,5% de todas las demencias. La prevalencia clínica de NCDLB grave entre

Los individuos con demencia no parecen verse afectados significativamente ni por la edad ni por el sexo. En estudios de Estados Unidos y Reino Unido, las lesiones patológicas conocidas como cuerpos de Lewy están presentes en entre el 20% y el 35% de los casos de demencia. En un estudio poblacional realizado en Minnesota que se basó en registros médicos, la incidencia de NCDLB fue aproximadamente tres veces mayor en hombres que en mujeres de 65 años o más.

Desarrollo y curso

NCDLB es un trastorno gradualmente progresivo con inicio insidioso. Sin embargo, a menudo hay antecedentes prodrómicos de episodios de confusión (delirio) de inicio agudo, que pueden precipitarse por enfermedad o cirugía. La distinción entre NCDLB, en el que los cuerpos de Lewy tienen una ubicación principalmente límbica (con o sin afectación neocortical), y una ENT grave o leve debida a la enfermedad de Parkinson, que comienza en el tronco del encéfalo, es el orden en que emergen los síntomas cognitivos y motores. . En NCDLB, el deterioro cognitivo se manifiesta temprano en el curso de la enfermedad (consulte la sección "Diagnóstico diferencial" para este trastorno).

La aparición de los síntomas suele observarse en personas de entre 50 y 89 años, y la mayoría de los casos aparecen en personas a mediados de los 70 años. El curso de la enfermedad puede caracterizarse por mesetas ocasionales, pero eventualmente progresa hacia una demencia grave hasta la muerte. La duración media de la supervivencia es de 5,5 a 7,7 años desde el inicio del deterioro cognitivo.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Genéticos y fisiológicos. Puede ocurrir agregación familiar y se han identificado varios genes de riesgo; pero en la mayoría de los casos de NCDLB, no hay antecedentes familiares. Los estudios disponibles sugieren que los factores de riesgo genéticos son tan importantes en el NCDLB como en la enfermedad de Alzheimer o el Parkinson

Machine Translated by Google

enfermedad.

Marcadores de diagnóstico

Se puede considerar que los biomarcadores indicativos de NCDLB tienen un peso diagnóstico equivalente a las características clínicas básicas; estos incluyen baja captación del transportador de dopamina estriatal en la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) o la tomografía por emisión de positrones (PET), gammagrafía miocárdica anormal (baja captación) (MIBG) que sugiere denervación simpática cardíaca y confirmación polisomnográfica del sueño REM sin atonía. La condición asociada, el trastorno de conducta del sueño REM, puede diagnosticarse mediante un estudio formal del sueño o identificarse interrogando al individuo o al informante sobre los síntomas relevantes. La enfermedad neurodegenerativa subyacente se asocia principalmente con el plegamiento incorrecto y la agregación de α-sinucleína, lo que puede confirmarse mediante un examen histopatológico post mortem.

Pueden ser necesarias pruebas neuropsicológicas más allá del uso de un breve instrumento de detección para definir claramente los déficits cognitivos. Las escalas de evaluación desarrolladas para medir la fluctuación pueden resultar útiles.

Los biomarcadores que respaldan el NCDLB pero con evidencia más limitada de valor diagnóstico incluyen los siguientes: preservación del volumen temporal medial en relación con la enfermedad de Alzheimer en imágenes por resonancia magnética (MRI), baja captación generalizada en la exploración de perfusión SPECT/PET con actividad occipital reducida con o sin el signo de la isla cingulada (preservación de la corteza cingulada posterior en relación con el precuneus más cuneus en las imágenes de PET con fluorodesoxiglucosa) y actividad prominente de ondas lentas en el electroencefalograma con fluctuaciones periódicas en el rango prealfa/theta.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo mayor o leve Con cuerpos de Lewy

Las personas con NCDLB tienen más deterioro funcional de lo que se esperaría por sus déficits cognitivos en comparación con personas con otras enfermedades neurodegenerativas.

como la enfermedad de Alzheimer. Esto se debe en gran medida a deficiencias motoras y autónomas, que causan problemas para ir al baño, trasladarse y comer. Los trastornos del sueño y los síntomas psiquiátricos prominentes también pueden agravar las dificultades funcionales. En consecuencia, la calidad de vida de las personas con NCDLB suele ser significativamente peor que la de las personas con la enfermedad de Alzheimer.

Diagnóstico diferencial

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

La distinción entre NCDLB y ENT debida a la enfermedad de Parkinson se basa en el momento y la secuencia de los síntomas motores y cognitivos. Los criterios de consenso para DLB separan la NCDLB de las ENT debidas a la enfermedad de Parkinson al especificar que para que la demencia se atribuya a la enfermedad de Parkinson, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson está presente durante al menos 1 año antes de que el deterioro cognitivo haya alcanzado el nivel de una ENT importante, mientras que para la NCDLB, los síntomas cognitivos pueden comenzar antes, con o en ausencia del parkinsonismo. Por el contrario, los criterios de consenso de expertos para la enfermedad de Parkinson proponen que si el deterioro cognitivo ocurre antes de un diagnóstico motor, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson

Machine Translated by Google

todavía se puede producir la enfermedad; por lo tanto, un médico puede atribuir el deterioro cognitivo a la enfermedad de Parkinson y diagnosticar una ENT debido a la enfermedad de Parkinson. En consecuencia, el médico puede optar por diagnosticar ENT debido a la enfermedad de Parkinson o NCDLB para personas con ENT grave que comienza antes o dentro de los 12 meses posteriores a la enfermedad de Parkinson. En tales circunstancias, el médico decide qué diagnóstico es más apropiado. Si la enfermedad de Parkinson ha sido diagnosticada durante al menos un año antes de la aparición de los síntomas cognitivos, entonces ambos criterios de expertos coinciden en que las ENT debidas a la enfermedad de Parkinson normalmente serían el diagnóstico apropiado. El momento y la secuencia del parkinsonismo y las ENT leves pueden ser particularmente difíciles de determinar, y es posible que sea necesario diagnosticar las ENT no especificadas hasta que el orden de la progresión clínica se vuelva evidente.

Comorbilidad La

patología con cuerpos de Lewy coexiste frecuentemente con la enfermedad de Alzheimer, la patología relacionada con la proteína de unión al ADN 43 (TDP-43) de respuesta transactiva y la patología de la enfermedad cerebrovascular, particularmente en los grupos de mayor edad. TDP-43 es una proteína que se ha identificado como fuente de proteinopatías en una variedad de trastornos neurodegenerativos, incluida la esclerosis lateral amiotrófica y la degeneración frontotemporal. La presencia de múltiples lesiones patológicas tiene implicaciones para el pronóstico de la enfermedad y puede estar asociada con un deterioro cognitivo más rápido y un tiempo de supervivencia más corto.

Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve

Criterios de diagnóstico

R. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. Las características clínicas son consistentes con una etiología vascular, como lo sugiere cualquiera de los siguientes: 1. La aparición

de los déficits cognitivos está relacionada temporalmente con uno o más eventos cerebrovasculares.

2. La evidencia de deterioro es prominente en la atención compleja (incluida la velocidad de procesamiento) y la función frontal-ejecutiva.

C. Hay evidencia de la presencia de enfermedad cerebrovascular a partir de la anamnesis, el examen físico y/o las pruebas de neuroimagen que se consideran suficientes para explicar los déficits neurocognitivos.

D. Los síntomas no se explican mejor por otra enfermedad cerebral o sistémica. trastorno.

Se diagnostica un trastorno neurocognitivo vascular probable si se presenta uno de los siguientes: de lo contrario, se debe diagnosticar un posible trastorno neurocognitivo vascular :

Machine Translated by Google

1. Los criterios clínicos están respaldados por evidencia de neuroimagen de lesión parenquimatosa significativa atribuida a enfermedad cerebrovascular (con respaldo de neuroimagen).

2. El síndrome neurocognitivo está relacionado temporalmente con uno o más eventos cerebrovasculares documentados.
3. Hay evidencia tanto clínica como genética (p. ej., arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía) de enfermedad cerebrovascular.

Se diagnostica un posible trastorno neurocognitivo vascular si se cumplen los criterios clínicos pero no se dispone de neuroimagen y no se establece la relación temporal del síndrome neurocognitivo con uno o más eventos cerebrovasculares.

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en las páginas

682 y 683): Para un trastorno neurocognitivo mayor probablemente o posiblemente debido a una enfermedad vascular, con alteración del comportamiento, codifique F01.51.

Para trastorno neurocognitivo mayor probablemente o posiblemente debido a enfermedad vascular, sin alteración del comportamiento, codifique F01.50.
No se utiliza un código médico adicional para la enfermedad vascular.

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderada" y "grave" no pueden codificarse para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así deben registrarse.

Para trastorno neurocognitivo vascular leve, codifique G31.84. (Nota: no utilice un código adicional para la enfermedad vascular. “Con alteración del comportamiento” y “sin alteración del comportamiento” no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse).

Para trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve: utilice códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a la enfermedad cerebrovascular (p. ej., F06.31 trastorno depresivo debido a una enfermedad cerebrovascular, con características depresivas).

Características diagnósticas El

diagnóstico de trastorno neurocognitivo vascular (ENT) mayor o leve requiere el establecimiento de un ENT (Criterio A) y la determinación de que la enfermedad cerebrovascular es la patología dominante, si no exclusiva, que explica los déficits cognitivos (Criterios B y C).
La etiología vascular puede variar desde un accidente cerebrovascular de grandes vasos hasta una enfermedad microvascular; por tanto, la presentación es muy heterogénea, dependiendo del tipo de lesiones vasculares y de su extensión y localización. Las lesiones pueden ser focales, multifocales o difusas y ocurrir en varias combinaciones. Los mecanismos patogénicos responsables de la lesión del parénquima cerebral incluyen hipoperfusión e hipoxia, estrés oxidativo e inflamación que conducen a disfunción endotelial, deterioro de la autorregulación y alteración del acoplamiento neurovascular.

Muchos individuos con ENT vascular grave o leve presentan infartos múltiples, con una disminución aguda gradual o fluctuante de la cognición y períodos intermedios de estabilidad e incluso cierta mejoría. Otros pueden tener un inicio gradual con progresión lenta, un desarrollo rápido de déficits seguido de una estabilidad relativa u otra presentación compleja. Vascular mayor o leve

Machine Translated by Google

Las ENT de inicio gradual y progresión lenta generalmente se atribuyen a enfermedades de vasos pequeños que provocan lesiones en la sustancia blanca, los ganglios basales o el tálamo. La progresión gradual en estos casos suele estar marcada por crisis agudas.

eventos que dejan déficits neurológicos sutiles. Los déficits cognitivos en estos casos pueden atribuirse a la alteración de los circuitos cortical-subcorticales; Es probable que se vean afectadas la atención compleja, en particular la velocidad del procesamiento de la información, y la función ejecutiva. Se han descrito subtipos clínicos de ENT vasculares que incluyen 1) ENT post-ictus, que se manifiesta inmediatamente después de un accidente cerebrovascular; 2) ENT vascular isquémica subcortical; 3) ENT multiinfarto (cortical); y 4) ENT vascular cortical-subcortical.

La evaluación de la presencia de enfermedad cerebrovascular suficiente se basa en la anamnesis, la exploración física y las neuroimágenes (Criterio C). La certeza etiológica requiere la demostración de anomalías en neuroimagen. La falta de neuroimagen puede dar lugar a una inexactitud diagnóstica significativa al pasar por alto el infarto cerebral "silencioso" y las lesiones de la sustancia blanca. Sin embargo, si el deterioro neurocognitivo se asocia temporalmente con uno o más accidentes cerebrovasculares bien documentados, se puede hacer un diagnóstico probable en ausencia de neuroimagen. La evidencia clínica de enfermedad cerebrovascular incluye antecedentes documentados de accidente cerebrovascular, con deterioro cognitivo asociado temporalmente con el evento, o signos físicos compatibles con accidente cerebrovascular (p. ej., hemiparesia, síndrome pseudobulbar, defecto del campo visual). La evidencia de enfermedad cerebrovascular mediante neuroimagen (resonancia magnética [MRI] o tomografía computarizada [CT]) comprende uno o más de los siguientes: uno o más infartos o hemorragias de grandes vasos, un infarto o hemorragia único estratégicamente ubicado (p. ej., en la circunvolución angular, tálamo, prosencéfalo basal), dos o más lagunas fuera del tronco del encéfalo o lesiones extensas y confluentes de la sustancia blanca. Esto último a menudo se denomina enfermedad de vasos pequeños o cambios isquémicos subcorticales en las evaluaciones clínicas de neuroimagen. La resonancia magnética es el modo preferido de neuroimagen y ha habido interés en el uso de técnicas de resonancia magnética especializadas para detectar microsangrados cerebrales, microinfartos corticales, espacios perivasculares dilatados y análisis basados en difusión de los tractos de materia blanca y la conectividad de redes.

Para las ENT vasculares leves, por lo general es suficiente el antecedente de un solo accidente cerebrovascular o de una enfermedad extensa de la sustancia blanca. Para las ENT vasculares importantes, generalmente son necesarios dos o más accidentes cerebrovasculares, un accidente cerebrovascular ubicado estratégicamente o una combinación de enfermedad de la sustancia blanca y una o más lagunas. Sin embargo, la relación entre la patología vascular identificable en el cerebro mediante neuroimagen y los síntomas cognitivos es imperfecta, y generalmente se necesita juicio clínico para relacionar las lesiones vasculares con el síndrome cognitivo.

Los síntomas neurocognitivos no deben explicarse mejor por otra afección médica o trastorno mental. Por ejemplo, un déficit de memoria prominente en las primeras etapas del curso podría sugerir una ENT debida a la enfermedad de Alzheimer, las características parkinsonianas tempranas y prominentes sugerirían una ENT debida a la enfermedad de Parkinson, y una estrecha asociación entre la aparición de síntomas cognitivos y depresivos sugeriría un deterioro cognitivo como resultado de depresión.

Varios grupos internacionales de expertos han definido y categorizado de manera similar las ENT vasculares, con las que los criterios del DSM-5 generalmente muestran una buena correspondencia.

Funciones asociadas

Machine Translated by Google

Una evaluación neurológica a menudo revela antecedentes de accidente cerebrovascular o episodios isquémicos transitorios y signos indicativos de infartos cerebrales. También se asocian comúnmente cambios de personalidad y de humor, abulia, depresión y labilidad emocional. El desarrollo de síntomas depresivos de aparición tardía acompañados de enlentecimiento psicomotor y disfunción ejecutiva es una presentación común entre los adultos mayores con enfermedad isquémica progresiva de pequeños vasos (la llamada depresión vascular).

Predominio

La enfermedad vascular es la segunda causa más común de ENT después de la enfermedad de Alzheimer. En los Estados Unidos, las estimaciones de prevalencia poblacional de la demencia vascular son del 0,98% para personas de 71 a 79 años, del 4,09% para personas de 80 a 89 años y del 6,19% para personas de 90 años o más.

Dentro de los 3 meses posteriores al accidente cerebrovascular, entre el 20% y el 30% de las personas son diagnosticadas con

demencia. En una serie de autopsias europeas de difuntos de entre 60 y 103 años, la prevalencia de demencia vascular pura fue del 12,3%. Entre las edades de 60 a 69 años, la prevalencia fue mayor (15,0%) en comparación con los mayores de 90 años (8,7%). La demencia mixta (Alzheimer más patología vascular) estuvo presente en el 5,5% de la cohorte general, con una mayor prevalencia en los mayores de 90 años (10,6%) en comparación con los de 60 a 69 años (5,2%). Se ha encontrado una mayor prevalencia de demencia vascular entre los afroamericanos, los mexicoamericanos y los sudasiáticos en comparación con los blancos no latinos, posiblemente debido a tasas más altas de factores de riesgo como diabetes y enfermedades cardiovasculares. En Japón y varios otros países asiáticos, la prevalencia de la demencia debida a la enfermedad de Alzheimer ha aumentado con el tiempo en relación con la demencia vascular. Actualmente, la prevalencia de la demencia debida a la enfermedad de Alzheimer entre los estadounidenses de origen japonés es 2,6 veces mayor que la de la demencia vascular.

El accidente cerebrovascular es más común en hombres hasta los 65 años, pero más común en mujeres después de la edad 65 años. En general, en algunos estudios la tasa de ENT vasculares fue mayor en los hombres.

Desarrollo y evolución Las ENT vasculares

mayores o leves pueden ocurrir a cualquier edad, aunque la prevalencia aumenta exponencialmente después de los 65 años. En las personas mayores casi siempre hay patologías adicionales que explican en parte los déficits neurocognitivos. El curso puede variar desde un inicio agudo con mejoría parcial hasta un declive gradual y un declive progresivo, con fluctuaciones y mesetas de diferentes duraciones. Las ENT subcorticales mayores puras o vasculares leves pueden tener un curso lentamente progresivo que simula una ENT mayor o leve debida a la enfermedad de Alzheimer. El riesgo de que un accidente cerebrovascular isquémico progrese a una ENT vascular en un plazo de cinco años fue casi el doble entre los afroamericanos que entre los blancos no latinos en los Estados Unidos y ocurrió a edades más tempranas. Esto posiblemente sea el resultado del impacto de tasas más altas de hipertensión, diabetes y determinantes sociales adversos de la salud mental que se sabe que empeoran el riesgo de demencia, como la educación formal limitada y el bajo nivel socioeconómico.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Los resultados neurocognitivos de la lesión cerebral vascular están influenciados por

Machine Translated by Google

factores de neuroplasticidad como la educación, el ejercicio físico y la actividad mental.

Genético y fisiológico. Los principales factores de riesgo de las ENT vasculares graves o leves son los mismos que los de las enfermedades cerebrovasculares y los accidentes cerebrovasculares, entre ellos la hipertensión, la diabetes, el tabaquismo, la obesidad, los niveles elevados de colesterol, los niveles elevados de homocisteína, otros factores de riesgo de aterosclerosis y arteriolosclerosis, fibrilación auricular y otras condiciones que aumentan el riesgo de embolia cerebral. La angiopatía amiloide cerebral, que provoca hemorragia cerebral, es un factor de riesgo importante en el que se producen depósitos de amiloide dentro de los vasos arteriales. Un factor de riesgo genético es la enfermedad hereditaria arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía, o CADASIL. Existen otras formas más raras de trastornos genéticos relacionados con las ENT vasculares, pero en general la contribución de la genética es pequeña.

Marcadores de diagnóstico La neuroimagen estructural, mediante resonancia magnética o tomografía computarizada, tiene un papel importante en el proceso de diagnóstico. No existen otros biomarcadores establecidos de ENT vasculares graves o leves.

Consecuencias funcionales de la neurocognición vascular mayor o leve Trastorno

Las ENT vasculares graves o leves se asocian comúnmente con déficits físicos que causan discapacidad adicional.

Diagnóstico diferencial Otros trastornos neurocognitivos. Dado que los infartos cerebrales incidentales y las lesiones de la sustancia blanca son comunes en personas mayores, es importante considerar otras posibles etiologías cuando una ENT está presente en un individuo con lesiones de la sustancia blanca. Un antecedente de déficit de memoria en las primeras etapas de la evolución y un empeoramiento progresivo de la memoria, el lenguaje, la función ejecutiva y las capacidades perceptivo-motoras en ausencia de lesiones focales correspondientes en las imágenes cerebrales sugieren enfermedad de Alzheimer como diagnóstico primario. Los biomarcadores potenciales que se están validando actualmente para la enfermedad de Alzheimer, como los niveles de β-amiloide y tau fosforilada en el líquido cefalorraquídeo, y las imágenes de amiloide y tau, pueden resultar útiles en el diagnóstico diferencial. La ENT con cuerpos de Lewy se distingue de la ENT vascular mayor o leve por sus características centrales de cognición fluctuante, alucinaciones visuales y parkinsonismo espontáneo. Si bien los déficits en la función ejecutiva y el lenguaje ocurren en las ENT vasculares graves o leves, el inicio insidioso y la progresión gradual de las características de comportamiento o el deterioro del lenguaje son característicos de las ENT frontotemporales y no son típicos de la etiología vascular.

Otras condiciones médicas. No se realiza un diagnóstico de ENT vascular grave o leve si otras enfermedades (p. ej., tumor cerebral, esclerosis múltiple, encefalitis, trastornos tóxicos o metabólicos) están presentes y son de gravedad suficiente para explicar el deterioro cognitivo.

Otros trastornos mentales. Un diagnóstico de ENT vascular mayor o leve es inapropiado si los síntomas pueden atribuirse completamente al delirio, aunque el delirio a veces puede superponerse a una ENT vascular mayor o leve preexistente, en cuyo caso se pueden hacer ambos diagnósticos. Si se cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor y el deterioro cognitivo es

Machine Translated by Google

temporalmente relacionadas con la probable aparición de la depresión, las ENT vasculares mayores o leves no deben diagnosticarse. Sin embargo, si la ENT precedió al desarrollo de la depresión, o si la gravedad del deterioro cognitivo no guarda proporción con la gravedad de la depresión, se debe diagnosticar un trastorno depresivo debido a una enfermedad cerebrovascular en lugar de un trastorno depresivo mayor.

Comorbilidad Las

ENT leves o mayores debidas a la enfermedad de Alzheimer comúnmente coexisten con las ENT vasculares leves o mayores, en cuyo caso deben realizarse ambos diagnósticos. Con frecuencia coexisten ENT vasculares mayores o leves y depresión.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a traumatismos Daño cerebral

Criterios de diagnóstico

R. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. Hay evidencia de una lesión cerebral traumática, es decir, un impacto en la cabeza u otros mecanismos de movimiento rápido o desplazamiento del cerebro dentro del cráneo, con uno o más de los siguientes:

1. Pérdida del conocimiento.
2. Amnesia postraumática.
3. Desorientación y confusión.
4. Signos neurológicos (p. ej., neuroimagen que demuestra lesión; cortes del campo visual; anosmia; hemiparesia; pérdida hemisensorial; ceguera cortical; afasia; apraxia; debilidad;

pérdida del equilibrio; otra pérdida sensorial que no puede explicarse por causas periféricas o de otro tipo).

C. El trastorno neurocognitivo se presenta inmediatamente después de que ocurre la lesión cerebral traumática o inmediatamente después de la recuperación de la conciencia y persiste más allá del período agudo posterior a la lesión.

Nota de codificación (ver tabla de codificación en las págs. 682 y

683): Para trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumática, con alteración del comportamiento: codifique primero S06.2X9S lesión cerebral traumática difusa con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela; seguido de F02.81 trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumática, con alteración del comportamiento.

Para trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumática, sin conducta

Machine Translated by Google

alteración: codifique primero S06.2X9S lesión cerebral traumática difusa con pérdida del conocimiento de duración no especificada, secuela; seguido de F02.80 trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumática, sin alteración del comportamiento.

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderada" y "grave" no pueden codificarse para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así deben registrarse.

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a una lesión cerebral traumática, codifique G31.84. (Nota: No utilice el código adicional para lesión cerebral traumática. “Con alteración del comportamiento” y “sin alteración del comportamiento” no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse).

Para trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a una lesión cerebral traumática: utilice códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a una lesión cerebral traumática (p. ej., F06.34 trastorno bipolar y relacionado debido a una lesión cerebral traumática, con características mixtas; F07.0 cambio de personalidad por traumatismo craneoencefálico, tipo apático).

Especificadores

Califique la gravedad del trastorno neurocognitivo (ENT), no la lesión cerebral traumática subyacente (consulte la sección “Desarrollo y curso” para este trastorno).

Características diagnósticas

Las ENT graves o leves debidas a una lesión cerebral traumática (TBI, por sus siglas en inglés) denotan un trastorno cognitivo adquirido y persistente resultante de una lesión cerebral traumática. La lesión cerebral traumática se define como la alteración de la estructura y/o función del cerebro resultante de la aplicación de fuerzas biomecánicas (incluidas las fuerzas de aceleración/desaceleración y las fuerzas relacionadas con la explosión), que se manifiesta inmediatamente por uno o más de los siguientes signos clínicos: pérdida del conocimiento , pérdida de memoria de acontecimientos inmediatamente anteriores o posteriores a la lesión (amnesia postraumática), alteración del estado mental (p. ej., confusión, desorientación, pensamiento lento) o signos neurológicos focales (p. ej., hemiparesia, pérdida hemisensorial, ceguera cortical, afasia, apraxia , debilidad, pérdida del equilibrio, otras pérdidas sensoriales que no pueden explicarse por causas periféricas o de otro tipo) (Criter Estas manifestaciones de TBI no deben deberse al alcohol u otras drogas o medicamentos, otras lesiones o tratamientos para otras lesiones (p. ej., lesiones faciales, intubación o lesiones corporales/sistémicas), ni trauma psicológico, barrera del idioma o coexistencia. condiciones médicas.

La gravedad de un TBI se clasifica como leve, complicado, leve, moderado o grave según los umbrales de la Tabla 2. Un individuo cuya lesión cumple fenomenológicamente los criterios de TBI leve pero cuya tomografía computarizada o resonancia magnética en el período agudo después de un TBI revela Las anomalías intracraneales traumáticas (es decir, hematoma epidural o subdural traumático, hemorragia subaracnoidea o intracerebral, contusiones o laceraciones cerebrales) se clasifican como TBI leve complicada. Los resultados de las personas con TCE leve complicado son más similares a los de aquellos con TCE moderado que a los de aquellos con TCE leve no complicado.

TABLA 2 Clasificación de la gravedad del traumatismo craneoencefálico (TCE)

Machine Translated by Google

gravedad del TCE	TCE leve	Complicado TCE leve	TCE moderado	TCE grave
Duración de la pérdida del conocimiento.	≤ 30 minutos	≤ 30 minutos	> 30 minutos a < 24 horas	≥ 24 horas
Duración de la amnesia postraumática (nuevo aprendizaje densamente deteriorado)	≤ 1 día	≤ 1 día	> 1 día a < 7 días	≥ 7 días
Alteración de la duración de la conciencia (p. ej., confusión, desorientación, pensamiento lento)	≤ 1 día	≤ 1 día	> 1 día a < 7 días	≥ 7 días
Puntuación de la escala de coma de Glasgow (30 minutos después del evento)	13-15	13-15	9–12	3–8
Tomografía computarizada o resonancia magnética del cerebro.	Normal	Anormal	Normal o anormal	Normal o anormal

Para ser atribuible a una TBI, la ENT debe manifestarse inmediatamente después de que ocurre la lesión cerebral o inmediatamente después de que el individuo recupera la conciencia después de la lesión, y persistir más allá del período agudo posterior a la lesión (Criterio C).

Si bien los deterioros cognitivos específicos asociados con las ENT graves o leves debido a una lesión cerebral traumática son variables, los deterioros en la atención compleja, la velocidad de procesamiento, el aprendizaje y la memoria y la función ejecutiva son comunes, al igual que las alteraciones en la cognición social. En el TCE más grave en el que hay contusión cerebral, hemorragia intracraneal o lesión penetrante, puede haber alteraciones neurocognitivas adicionales asociadas con la región afectada del cerebro y el volumen de tejido cerebral perdido (p. ej., afasia, apraxia, alteraciones de la percepción). función motora).

Funciones asociadas

El diagnóstico también puede estar respaldado por signos neurológicos sutiles (p. ej., múltiples reflejos primitivos como el signo glabelar, respuesta del hocico, reflejo palmomental) o déficits en las sacádicas y movimientos oculares de seguimiento suave que coexisten con deterioros cognitivos mediados frontalmente, como problemas complejos de atención. , velocidad de procesamiento lenta, recuperación de memoria deteriorada o disfunción ejecutiva. Particularmente en algunos casos de TBI penetrante, el diagnóstico de ENT debido a TBI puede estar respaldado por epilepsia postraumática con inicio focal en una ubicación que corresponde a la anatomía de un dominio cognitivo en el que un individuo demuestra deterioro (p. ej., inicio en el lóbulo temporal medial). convulsiones y deterioro de la memoria episódica; convulsiones del lóbulo frontal y disfunción ejecutiva o deterioro cognitivo social).

Predominio

La prevalencia de ENT graves y leves debidas a TBI varía según la gravedad de la lesión y el tiempo transcurrido desde la lesión, con las frecuencias más altas entre las personas con lesiones más graves y durante el período agudo/subagudo posterior a la lesión. En los Estados Unidos, ocurren más de 2,87 millones de TBI anualmente, incluidas más de 837.000 TBI en niños. Estas TBI representan 2,5 millones de visitas al departamento de emergencias, 288.000 hospitalizaciones y más de 56.000

muertes anualmente. Entre las personas que acuden a un departamento de urgencias con TBI, las tasas para los hombres son 547,6 por 100.000 y para las mujeres son 385,9 por 100.000. La tasa de TBI es más alta para los hombres que para las mujeres en todos los grupos de edad hasta los 75 años, después de lo cual las tasas de TBI entre

Machine Translated by Google

hombres y mujeres se acercan a la paridad. Las principales causas de TBI en los Estados Unidos son las caídas (178,4 por 100.000), la colisión con un objeto en movimiento o estacionario (denominado evento "golpeado por/contra") (92,7 por 100.000), accidentes automovilísticos (74,7 por 100.000) y agresiones (50,6 por 100.000 personas). La conmoción cerebral en el deporte se reconoce cada vez más como una causa de lesión cerebral traumática leve.

Los hombres tienen aproximadamente un 40% más de probabilidades de sufrir una lesión cerebral traumática en comparación con las mujeres en las poblaciones jóvenes y adultas; sin embargo, las mujeres pueden tener un mayor riesgo de sufrir una lesión cerebral traumática después de los 65 años. Se ha sugerido que los hombres con TCE moderado o grave pueden tener un peor pronóstico que las mujeres con el mismo nivel de gravedad; sin embargo, los hallazgos han sido contradictorios. La causa de la TBI también difiere según el sexo y el género. Los hombres tienen más probabilidades de sufrir lesiones en el trabajo, en accidentes automovilísticos y durante actividades militares, mientras que las mujeres tienen más probabilidades de sufrir lesiones por agresión y violencia doméstica.

Desarrollo y curso El curso de la recuperación

de una lesión cerebral traumática es variable y depende no sólo de los detalles específicos de la lesión sino también de los factores previos y posteriores a la lesión. Estos factores pueden favorecer o impedir la recuperación e incluyen la edad; antecedentes de TBI; comorbilidades y complicaciones neurológicas, psiquiátricas y por uso de sustancias; genética; la puntualidad y eficacia de las intervenciones médicas y de rehabilitación; y apoyo psicosocial, entre otros.

Los deterioros neurocognitivos son más graves en el período agudo posterior a la lesión cerebral traumática y pueden ir acompañados de alteraciones de las emociones y el comportamiento. En todo el espectro de gravedad del TBI, se espera una mejora sustancial en los síntomas y signos neurocognitivos y psiquiátricos y neurológicos asociados. El grado de recuperación y la variabilidad en los resultados neurocognitivos tienden a reflejar la gravedad de la LCT, siendo típica la recuperación completa después de una LCT leve y una recuperación más variable, y a menudo incompleta, después de una LCT más grave.

Los deterioros neurocognitivos asociados con una lesión cerebral traumática leve generalmente se resuelven entre días y semanas después de la lesión, con resolución completa dentro de los 3 a 12 meses posteriores a la lesión. Otros síntomas (p. ej., depresión, irritabilidad, fatiga, dolor de cabeza, fotosensibilidad, alteraciones del sueño) que potencialmente pueden coexistir con los síntomas neurocognitivos también tienden a resolverse en las semanas posteriores a una lesión cerebral traumática leve. Los síntomas persistentes después de una lesión cerebral traumática leve o un deterioro neurocognitivo posterior deben dar lugar a la consideración de otras causas potenciales de síntomas neurocognitivos y limitaciones funcionales, incluido el trastorno depresivo mayor, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), los trastornos de ansiedad, los trastornos por uso de sustancias, los trastornos del sueño, las percepciones negativas de lesiones y Pocas expectativas de recuperación. Cuando los síntomas neurocognitivos y las limitaciones funcionales persisten después de una lesión cerebral traumática leve (incluida una lesión cerebral traumática leve repetitiva) a pesar del tratamiento de sus otras causas potenciales, el diagnóstico de una ENT debida a una lesión cerebral traumática puede ser apropiado.

Los deterioros neurocognitivos y las limitaciones funcionales asociadas producidas por una lesión cerebral traumática moderada y grave suelen mejorar durante semanas o meses después de la lesión, aunque la recuperación neurocognitiva a largo plazo suele ser incompleta entre las personas con lesiones más graves.
No obstante, la mejora neurocognitiva y funcional puede continuar durante años después de una lesión cerebral traumática moderada o grave, y hay más individuos que mejoran cognitivamente que empeoran durante los primeros cinco años después de la lesión. Con una TCE moderada y grave, además de la persistencia de déficits neurocognitivos, pueden existir complicaciones neurológicas, médicas, emocionales y conductuales asociadas.
Estos incluyen convulsiones (particularmente durante el primer año), fotosensibilidad, hiperacusia, irritabilidad, agresión, depresión, alteraciones del sueño, fatiga, apatía, incapacidad para reanudar su trabajo y

Machine Translated by Google

funcionamiento social al nivel previo a la lesión y deterioro de las relaciones interpersonales. Se han descrito TCE moderados y graves.

asociado con un mayor riesgo de depresión, agresión y posiblemente enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de los cuerpos de Lewy y la degeneración frontotemporal.

Las características de una ENT persistente grave o leve debido a una lesión cerebral traumática variarán según la edad, las características específicas de la lesión y los cofactores. El deterioro persistente relacionado con una lesión cerebral traumática en un bebé o niño puede reflejarse en retrasos en el logro de hitos del desarrollo (p. ej., adquisición del lenguaje), peor rendimiento académico y posiblemente deterioro del desarrollo social. Entre los adolescentes mayores y los adultos, los síntomas persistentes pueden incluir diversos déficits neurocognitivos, irritabilidad, hipersensibilidad a la luz y al sonido, fatiga fácil y cambios de humor, como depresión, ansiedad, hostilidad o apatía. En personas mayores, una lesión cerebral traumática leve puede producir resultados neurocognitivos similares a los asociados con una lesión cerebral traumática moderada o grave en adultos más jóvenes.

Factores de riesgo y pronóstico Los factores

de riesgo de resultados cognitivos adversos después de una lesión cerebral traumática incluyen edad mayor de 40 años, menores capacidades cognitivas previas a la lesión (especialmente según lo indexado por la educación o la competencia académica), síntomas depresivos previos a la lesión, posiblemente desempleo previo a la lesión y gravedad de la lesión. Otros factores de riesgo de resultados cognitivos adversos incluyen una duración más prolongada de la amnesia postraumática, evidencia de anomalías intracraneales traumáticas en estudios tempranos de tomografía computarizada o resonancia magnética (es decir, hematoma epidural o subdural traumático, hemorragia subaracnoidea o intracerebral, contusiones o laceraciones cerebrales). , lesión axonal difusa) y perfil neurogenético (p. ej., estado de portador del alelo APOE*E4 , genotipo de catecol-O-metiltransferasa, estado del alelo ANKK1 Taq1A). Los trastornos por consumo de alcohol o sustancias previos a la lesión aumentan el riesgo de sufrir una lesión cerebral traumática, así como el riesgo de resultados cognitivos adversos, incluido el deterioro de la memoria y la disfunción ejecutiva.

Marcadores de diagnóstico El

diagnóstico de ENT grave o leve debido a TBI puede estar respaldado por hallazgos contemporáneos de tomografía computarizada o resonancia magnética (p. ej., atrofia focal, encefalomalacia, gliosis, anomalías de la sustancia blanca) en áreas o redes del cerebro que sirven a dominios cognitivos específicos en los que un individuo demuestra discapacidad. El diagnóstico también puede estar respaldado por signos neurológicos sutiles (p. ej., múltiples reflejos primitivos como el signo glabelar, respuesta del hocico, reflejo palmomental) o déficits en las sacádicas y movimientos oculares de seguimiento suave que coexisten con deterioros cognitivos mediados frontalmente, como problemas complejos de atención. , velocidad de procesamiento lenta, recuperación de memoria deteriorada o disfunción ejecutiva. Particularmente en algunos casos de TBI penetrante, el diagnóstico de ENT debido a TBI puede estar respaldado por epilepsia postraumática con inicio focal en una ubicación que corresponde a la anatomía de un dominio cognitivo en el que un individuo demuestra deterioro (p. ej., inicio en el lóbulo temporal medial). convulsiones y deterioro de la memoria episódica; convulsiones del lóbulo frontal y disfunción ejecutiva o deterioro cognitivo social).

Rendimiento en medidas de detección cognitiva generales comúnmente utilizadas, particularmente cuando

Machine Translated by Google

interpretados utilizando datos normativos poblacionales a gran escala, pueden identificar de manera útil a las personas que necesitan una evaluación neurodiagnóstica adicional. Sin embargo, el diagnóstico de ENT grave o leve debido a una lesión cerebral traumática se basa en el desempeño en una evaluación cognitiva de dominio específico interpretada a la luz del desempeño previo del individuo (p. ej., estimaciones neuropsicológicas de la capacidad cognitiva previa a la lesión o normas apropiadas) y la evaluación del estado funcional.

Si bien las neuroimágenes y otras evaluaciones clínicas (p. ej., signos neurológicos sutiles) pueden proporcionar información de apoyo, no pueden diagnosticar de forma independiente las ENT debidas a una lesión cerebral traumática. En la actualidad, no existen otros biomarcadores establecidos de ENT graves o leves debidas a TCE.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Las personas con TBI, incluidas

TBI moderadas o graves, tienen un mayor riesgo de suicidio a largo plazo. Si bien la depresión contribuye sustancialmente a este riesgo, no lo explica por completo.
Las tasas de ideación suicida llegan al 10% y las tasas de intento de suicidio oscilan entre el 0,8% y el 1,7%.

durante los primeros 20 años después de una lesión cerebral traumática. El desarrollo de depresión y/o conducta suicida un año después de la lesión se asocia con tasas consistentemente elevadas de depresión y conducta suicida 5 años después de la lesión cerebral traumática. Si bien la relación entre el deterioro cognitivo y el riesgo de suicidio después de una lesión cerebral traumática es compleja, la evaluación del riesgo de suicidio es un elemento importante en la evaluación de personas con ENT grave o leve debido a una lesión cerebral traumática.

Los jóvenes que han sufrido conmociones cerebrales pueden tener un mayor riesgo de tener conductas suicidas. Existe un mayor riesgo de suicidio entre cohortes de veteranos y civiles con TBI, y las personas que buscan atención de salud mental pueden tener antecedentes de TBI. Las personas que buscan servicios de rehabilitación para una lesión cerebral traumática también corren un mayor riesgo de tener pensamientos y comportamientos suicidas.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a una lesión cerebral traumática

Aproximadamente 3,17 millones de personas en los

Estados Unidos (aproximadamente el 1,1% de la población) viven con una discapacidad relacionada con una lesión cerebral traumática, incluidas deficiencias neurocognitivas que comprometen la capacidad para trabajar o realizar actividades diarias y que están asociados con la necesidad de atención médica, rehabilitación, apoyo y servicios continuos. Los deterioros cognitivos interfieren con la independencia funcional, el empleo productivo y la participación comunitaria y pueden reducir la satisfacción con la vida. La influencia de los deterioros cognitivos sobre el estado funcional varía según el tipo y la gravedad de esos deterioros; con la presencia y gravedad de afecciones psiquiátricas, neurológicas y médicas concurrentes por uso de sustancias; y con apoyo familiar, psicosocial y médico.

Con una ENT leve debido a una lesión cerebral traumática, las personas pueden informar una reducción de la eficiencia cognitiva, dificultad para concentrarse y una menor capacidad para realizar las actividades habituales. En el caso de una ENT grave debida a una lesión cerebral traumática, una persona puede tener dificultades para vivir de forma independiente y cuidarse a sí misma. Características neuromotoras prominentes, como falta de coordinación grave, ataxia y enlentecimiento motor, pueden estar presentes en las ENT importantes debidas a una lesión cerebral traumática y pueden agravar las dificultades funcionales.

Las personas con antecedentes de TBI reportan más síntomas depresivos y ansiosos, y estos pueden amplificar las quejas cognitivas y empeorar el resultado funcional. Además, la pérdida de emocional

Machine Translated by Google

El control, incluido el afecto y la apatía agresivos o inapropiados, puede estar presente después de una lesión cerebral traumática más grave con mayor deterioro neurocognitivo. Estas características pueden agravar las dificultades con la independencia funcional y el autocuidado.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales y condiciones médicas. Los trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias, trastornos del sueño), medicamentos recetados (p. ej., antipsicóticos típicos, benzodiazepinas, fármacos con propiedades anticolinérgicas, fármacos antiepilépticos) y otras afecciones médicas pueden contribuir que explican o explican los deterioros cognitivos entre las personas con TCE, y deben considerarse en el diagnóstico diferencial de las ENT graves o leves debidas a TBI.

Trastorno facticio y simulación. Se deben considerar explicaciones alternativas para los síntomas neurocognitivos cuando la gravedad de los síntomas neurocognitivos y las limitaciones funcionales son inconsistentes con los resultados cognitivos esperados después de una lesión cerebral traumática (y particularmente una lesión cerebral traumática leve) y cuando la evaluación neuropsicológica revela un esfuerzo deficiente o no es válida para la interpretación. En tales circunstancias, se debe considerar la posibilidad de un desorden ficticio o simulación (especialmente en situaciones en las que podría haber incentivos externos, como la obtención de una compensación financiera).

Comorbilidad

Las ENT graves o leves debidas a una TCE pueden ir acompañadas de otros trastornos depresivos o de ansiedad, especificados o no, caracterizados por alteraciones de la función emocional (p. ej., irritabilidad, frustración fácil, tensión y ansiedad, labilidad afectiva). Otros especificados o

Los trastornos de personalidad no especificados también pueden ocurrir como resultado de síntomas como desinhibición, apatía, desconfianza o agresión. Pueden ocurrir comorbilidades médicas con trastornos neurológicos y físicos caracterizados por dolor de cabeza, fatiga, trastornos del sueño, vértigo o mareos, tinnitus o hiperacusia, fotosensibilidad, anosmia, tolerancia reducida a medicamentos psicotrópicos y, particularmente en TCE más graves, síntomas y signos neurológicos (p. ej. , convulsiones, hemiparesia, alteraciones visuales, déficits de nervios craneales) y evidencia de lesiones ortopédicas. Las comorbilidades médicas y psiquiátricas más comunes asociadas con una lesión cerebral traumática de moderada a grave son (en orden de frecuencia) dolor de espalda, depresión, hipertensión, ansiedad, fracturas, colesterol alto en sangre, trastornos del sueño, ataques de pánico, osteoartritis y diabetes.

Entre las personas con trastornos por uso de sustancias, los efectos neurocognitivos de la sustancia contribuyen o agravan los trastornos cognitivos asociados a la TBI, particularmente entre personas con dos o más TBI.

El trastorno de estrés postraumático puede coexistir con la lesión cerebral traumática en poblaciones civiles, militares y de veteranos. La TBI y el PTSD producen síntomas neurocognitivos similares (p. ej., alteraciones de la atención compleja, la velocidad de procesamiento, el aprendizaje y la memoria, y la función ejecutiva), y una o ambas afecciones, así como la depresión y las alteraciones del sueño concurrentes, pueden explicar los síntomas neurocognitivos en los individuos. con tales comorbilidades.

Machine Translated by Google

Criterios de diagnóstico

R. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. Los deterioros neurocognitivos no ocurren exclusivamente durante el curso de un delirio y persisten más allá de la duración habitual de la intoxicación y la abstinencia aguda.

C. La sustancia o medicamento involucrado y la duración y extensión del uso son capaces de producir el deterioro neurocognitivo.

D. El curso temporal de los déficits neurocognitivos es consistente con el momento del uso de sustancias o medicamentos y la abstinencia (p. ej., los déficits permanecen estables o mejoran después de un período de abstinencia).

E. El trastorno neurocognitivo no es atribuible a otra afección médica o es no se explica mejor por otro trastorno mental.

Nota de codificación (ver también la tabla de codificación en las páginas 682 y 683): Los códigos CIE-10-CM para los trastornos neurocognitivos inducidos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que el código ICD-10-CM depende de si existe o no un trastorno comórbido por uso de sustancias para la misma clase de sustancia. En cualquier caso, no se realiza un diagnóstico adicional separado de trastorno por uso de sustancias.

Trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias: si un trastorno leve por uso de sustancias es comórbido con el trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es “1” y el médico debe registrar “trastorno leve por uso de [sustancias]” antes del trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias. trastorno neurocognitivo mayor inducido (p. ej., “trastorno leve por consumo de inhalantes con trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes”). Para el alcohol y las sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas, un trastorno leve por consumo de sustancias es insuficiente para causar un trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias; por lo tanto, no hay códigos ICD-10-CM disponibles para esta combinación. Si un trastorno por uso de sustancias moderado o grave es comórbido con el trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es “2” y el médico debe registrar “trastorno por uso de [sustancias] moderado” o “trastorno por uso de [sustancias] severo, ”Dependiendo de la gravedad del trastorno comórbido por uso de sustancias. Si no hay ningún trastorno comórbido por uso de sustancias, entonces el carácter de la cuarta posición es “9” y el médico debe registrar sólo el trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancias.

Trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancias: si un trastorno leve por uso de sustancias es comórbido con el trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancias, el carácter de la cuarta posición es “1” y el médico debe registrar “trastorno leve por uso de [sustancias]” antes del trastorno leve por uso de sustancias. trastorno neurocognitivo leve inducido (p. ej., “leve

Machine Translated by Google

trastorno por consumo de cocaína con trastorno neurocognitivo leve inducido por cocaína"). si un
El trastorno por uso de sustancias moderado o grave tiene comorbilidad con el trastorno inducido por sustancias.
trastorno neurocognitivo leve, el carácter de la cuarta posición es "2" y el médico
debe registrar "trastorno por uso moderado de [sustancias]" o "trastorno por uso severo de [sustancias]
trastorno", dependiendo de la gravedad del trastorno comórbido por uso de sustancias. Sí hay
no hay un trastorno comórbido por uso de sustancias, entonces el carácter de la cuarta posición es "9" y el
El médico debe registrar sólo el trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancias.

Los especificadores de gravedad "leve", "moderada" y "grave" (para problemas neurocognitivos
trastorno) y los especificadores de síntomas que lo acompañan "con alteración del comportamiento"
y "sin alteración del comportamiento" (para trastorno neurocognitivo mayor o leve)
no se puede codificar pero aun así se debe registrar.

	CIE-10-CM		
	Con uso suave trastorno	Con moderada o trastorno de consumo severo	Sin uso trastorno
Trastorno neurocognitivo mayor (ENT) inducido por sustancias			
Alcohol (ENT importante), tipo no amnésico-confabulatorio	N / A	F10.27	F10.97
Alcohol (ENT importante), tipo amnésico-confabulatorio	N / A	F10.26	F10.96
Inhalantes (ENT importante)	F18.17	F18.27	F18.97
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (principales ENT)	N / A	F13.27	F13.97
Otra sustancia (o desconocida) (ENT importante)	F19.17	F19.27	F19.97
Trastorno neurocognitivo leve (ENT) inducido por sustancias			
Alcohol (ENT leve)	F10.188	F10.288	F10.988
Inhalante (ENT leve)	F18.188	F18.288	F18.988
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (ENT leves)	F13.188	F13.288	F13.988
Sustancia tipo anfetamina (u otra estimulante) (ENT leve)	F15.188	F15.288	F15.988
Cocaína (ENT leve)	F14.188	F14.288	F14.988
Otra sustancia (o desconocida) (ENT leve)	F19.188	F19.288	F19.988

Especifique si:

Persistente: el deterioro neurocognitivo continúa siendo significativo después de una
período prolongado de abstinencia.

Procedimientos de grabación

El nombre del trastorno neurocognitivo (ENT) inducido por sustancia/medicamento comienza con
Sustancia específica (p. ej., alcohol) que se presume está causando los síntomas neurocognitivos.
El código ICD-10-CM que corresponde a la clase de medicamento aplicable se selecciona de la tabla
incluidos en el conjunto de criterios. Para sustancias que no encajan en ninguna de las clases (p. ej., intratecal
metotrexato), se debe utilizar el código ICD-10-CM para la otra clase de sustancia (o desconocida)
y el nombre de la sustancia específica registrada (p. ej., F19.988 inducido por metotrexato intratecal)

Machine Translated by Google

trastorno neurocognitivo leve). En los casos en los que se considera que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la sustancia específica, se utiliza el código CIE-10-CM para la otra clase de sustancia (o desconocida) y se registra el hecho de que la sustancia es desconocida (ej., F19.97 trastorno neurocognitivo mayor inducido por sustancia desconocida).

Al registrar el nombre del trastorno, el trastorno comórbido por uso de sustancias (si lo hay) aparece primero, seguido de la palabra “con”, seguido del nombre del trastorno (es decir, trastorno neurocognitivo mayor inducido por [sustancia específica] o [trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancia específica), seguido del tipo en el caso del alcohol (es decir, tipo no amnésico-confabulatorio, tipo amnésico-confabulatorio), seguido de la especificación de la duración (es decir, persistente). Por ejemplo, en el caso de síntomas amnésicos-confabulatorios persistentes en un hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico es F10.26 trastorno grave por consumo de alcohol con trastorno neurocognitivo mayor inducido por el alcohol, tipo amnésico-confabulatorio, persistente. No se proporciona un diagnóstico separado del trastorno comórbido por consumo grave de alcohol. Si el trastorno neurocognitivo inducido por sustancias ocurre sin un trastorno comórbido por uso de sustancias (p. ej., después de un uso intenso esporádico de inhalantes), no se observa ningún trastorno por uso de sustancias acompañante (p. ej., trastorno neurocognitivo leve inducido por [inhalantes específicos] F18.988).

Características diagnósticas

Las ENT leves o graves inducidas por sustancias o medicamentos se caracterizan por alteraciones neurocognitivas que persisten más allá de la duración habitual de la intoxicación y la abstinencia aguda (Criterio B). Inicialmente, estas manifestaciones pueden reflejar una recuperación lenta de las funciones cerebrales de un período de uso prolongado de sustancias, y se pueden observar mejoras en los indicadores neurocognitivos y de imágenes cerebrales a lo largo de muchos meses. Si el trastorno continúa durante un período prolongado, se debe especificar persistente . Se debe saber que la sustancia dada y su uso son capaces de causar las deficiencias observadas (Criterio C). Si bien pueden ocurrir disminuciones inespecíficas en una variedad de capacidades cognitivas con casi cualquier sustancia de abuso y una variedad de medicamentos, algunos patrones ocurren con mayor frecuencia con clases de drogas seleccionadas. Por ejemplo, las ENT debidas a fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., benzodiazepinas, barbitúricos) pueden mostrar mayores alteraciones en la memoria que en otras funciones cognitivas. Las ENT inducidas por el alcohol se manifiestan frecuentemente con una combinación de deficiencias en la función ejecutiva y en los dominios de la memoria y el aprendizaje. El curso temporal de la ENT inducida por una sustancia debe ser consistente con el del uso de la sustancia dada (Criterio D). La ENT de tipo amnésico-confabulatorio (de Korsakoff) inducida por el alcohol se caracteriza por un deterioro de la memoria reciente que no guarda proporción con los síntomas adicionales de la ENT. Las características incluyen amnesia prominente (dificultad grave para aprender nueva información con olvido rápido) y una tendencia a confabular, aunque la confabulación se puede observar con cualquier disminución grave de la memoria reciente. Estas manifestaciones pueden coexistir con signos de encefalopatía por tiamina (encefalopatía de Wernicke) con características asociadas como nistagmo y ataxia. La oftalmoplejía de la encefalopatía de Wernicke se caracteriza típicamente por una parálisis de la mirada lateral. Los déficits neurocognitivos asociados con el uso indebido de inhalantes incluyen una disminución del funcionamiento ejecutivo, una velocidad cognitiva más lenta y un deterioro adicional del rendimiento en aspectos de las pruebas Wisconsin Card Sorting y Stroop.

Los síntomas neurocognitivos asociados con el uso de estimulantes incluyen dificultades con el aprendizaje, la memoria y la función ejecutiva. El consumo de metanfetamina también puede estar asociado con

Machine Translated by Google

evidencia de lesión vascular (p. ej., debilidad focal, falta de coordinación unilateral, reflejos asimétricos). El perfil neurocognitivo más común se aproxima al observado en las ENT vasculares.
Las sustancias que causan ENT incluidas en la categoría de otras sustancias (o desconocidas) incluyen metotrexato intratecal y insecticidas organofosforados, así como compuestos que se usan indebidamente y se sabe que inducen efectos cognitivos adversos pero que no están tan bien caracterizados (p. ej., kratom/Mitragyna speciosa).

Cuando se determina la relación entre las enfermedades no transmisibles y cualquier grupo de drogas, es importante considerar si el déficit estaba presente antes del uso de la sustancia y, en consecuencia, no sería atribuible a la sustancia y podría incluso haber contribuido a un juicio erróneo al respecto. resultó en el consumo de sustancias. Por ejemplo, se ha informado que la evidencia de una disminución del control de los impulsos y el deterioro relacionado de las funciones ejecutivas están asociados con el inicio del uso de estimulantes y otras drogas. En estudios en los que se evalúa cuidadosamente la función neurocognitiva antes del consumo de sustancias y luego se realiza un seguimiento de los sujetos durante varios meses o más, no está clara la capacidad de otras drogas, además del alcohol, otros depresores y los inhalantes, de causar ENT persistentes clínicamente significativas.

Funciones asociadas

Las enfermedades no transmisibles inducidas por inhalantes pueden estar asociadas con el olor del inhalante en el aliento de una persona o con una erupción alrededor de la nariz o la boca de la persona al “inhalar” la droga de un recipiente. Estos se observan con mayor frecuencia en personas con acceso limitado a otras drogas que tienen antecedentes de uso de inhalantes, así como el inicio temprano del uso de múltiples sustancias, especialmente si sus síntomas cumplen con los criterios de trastornos de conducta o de personalidad antisocial. También se observa un alto riesgo en trabajadores expuestos a disolventes en el lugar de trabajo. Las ENT leves inducidas por fármacos con efectos depresores del sistema nervioso central pueden manifestarse con síntomas adicionales de mayor irritabilidad, ansiedad, alteraciones del sueño y disforia. Las ENT inducidas por drogas estimulantes pueden manifestarse con depresión de rebote, hipersomnia y apatía. En las formas graves de ENT grave inducida por sustancias o medicamentos (p. ej., asociadas con el consumo prolongado de alcohol), puede haber características neuromotoras prominentes, como incoordinación, ataxia relacionada con daño cerebeloso y enlentecimiento motor, así como complicaciones médicas como como hipopotasemia y arritmias cardíacas. También puede haber pérdida de control emocional, incluido afecto agresivo o inapropiado, o apatía.

Predominio

La prevalencia de estas condiciones no se conoce bien. Las cifras de prevalencia están más disponibles para el uso de estas sustancias y para los trastornos asociados al uso de sustancias que para las afecciones neurocognitivas.
Las ENT leves o graves inducidas por sustancias o medicamentos son más probables en personas de mayor edad, con un consumo más prolongado y con otros factores de riesgo, como déficits nutricionales.

Para el trastorno por consumo de alcohol, la tasa de ENT leve es aproximadamente del 30% al 40% en los primeros 2 meses de abstinencia. Las ENT leves pueden persistir, particularmente en aquellos que no logran una abstinencia estable hasta después de los 50 años. Las ENT graves son raras y pueden deberse a déficits nutricionales concomitantes, como en las ENT amnésicas-confabulatorias inducidas por el alcohol. Las ENT graves inducidas por el alcohol pueden ser más comunes en los hombres.

Machine Translated by Google

Hay pocos estudios disponibles sobre la prevalencia de ENT causadas por otras drogas depresoras cerebrales (es decir, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos), lo que probablemente refleja la relativa rareza de los estudios sobre trastornos por uso de sustancias con estas drogas y el nivel relativamente bajo de efectos “recreativos” intensos y persistentes. ”uso de drogas sedantes, hipnóticas o ansiolíticas en comparación con el alcohol, el cannabis y muchas otras drogas.

Hay más datos disponibles sobre la prevalencia del uso de inhalantes. Esta exposición se ha relacionado con ENT graves y leves de duración variable en poblaciones de ingresos más altos y más bajos.
Sin embargo, se estima que el uso persistente hasta el punto de desarrollar una ENT es de menos del 1% de la población estadounidense.

En el caso de los estimulantes (metanfetaminas y cocaína), también puede producirse enfermedad cerebrovascular, dando lugar a una lesión cerebral difusa o focal que puede ser de niveles neurocognitivos leves o importantes.

Desarrollo y curso La aparición de los

trastornos por uso de sustancias tiende a ocurrir durante la adolescencia tardía y alcanza su punto máximo entre los 20 y los 30 años. Aunque una historia más larga de trastorno por uso de sustancias graves se asocia con una mayor probabilidad de ENT, las relaciones no son sencillas, siendo común una recuperación sustancial e incluso completa de las funciones neurocognitivas entre las personas que logran una abstinencia estable antes de los 50 años. Las ENT leves o graves inducidas por sustancias o medicamentos tienen más probabilidades de volverse persistentes en personas que continúan teniendo trastornos por uso de sustancias después de los 50 años, presumiblemente debido a una combinación de disminución de la plasticidad neuronal y la aparición de otros cambios cerebrales relacionados con la edad. .

Las enfermedades no transmisibles pueden implicar una aparición bastante rápida de deterioro neurocognitivo en individuos cuyos antecedentes incluyen el uso de múltiples tipos de drogas de abuso, especialmente con un inicio temprano del consumo de sustancias. El inicio temprano del consumo excesivo, particularmente de alcohol, puede provocar defectos en el desarrollo neuronal posterior (p. ej., etapas posteriores de maduración de los circuitos frontales), lo que puede tener efectos sobre la cognición social, así como sobre otras capacidades neurocognitivas. Para las ENT inducidas por el alcohol, puede haber un efecto aditivo del envejecimiento y la lesión cerebral inducida por el alcohol.

Factores de riesgo y pronóstico Los factores de

riesgo de las ENT inducidas por sustancias o medicamentos incluyen edad avanzada, mayor duración del uso y uso persistente después de los 50 años.

En el caso de las ENT inducidas por el alcohol, las deficiencias nutricionales a largo plazo, las enfermedades hepáticas, los factores de riesgo vascular y las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares pueden contribuir al riesgo. Un mayor riesgo de ENT de tipo confabulatorio amnésico inducida por el alcohol se produce en el contexto de una deficiencia genética de transcetolasa, así como en el contexto de una nutrición deficiente.

Las ENT inducidas por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no se han estudiado bien, pero estos problemas pueden aumentar en personas con trastornos de ansiedad a largo plazo o problemas de sueño que han estado tomando benzodiacepinas u otros medicamentos hipnóticos en cantidades crecientes durante meses o años. .

Machine Translated by Google

Marcadores de diagnóstico

La resonancia magnética (MRI) de personas con trastorno por consumo crónico de alcohol revela con frecuencia adelgazamiento cortical, pérdida de materia blanca y agrandamiento de los surcos y ventrículos. Si bien las anomalías de las neuroimágenes son más comunes en personas con ENT, es posible observar ENT sin anomalías de las neuroimágenes, y viceversa. Las técnicas especializadas (p. ej., imágenes con tensor de difusión) pueden revelar daños en tractos específicos de sustancia blanca. La espectroscopia de resonancia magnética puede revelar una reducción de N-acetilaspartato y un aumento de los marcadores de inflamación (p. ej., mioinositol) o de lesión de la sustancia blanca (p. ej., colina). Muchos de estos cambios en las imágenes cerebrales y manifestaciones neurocognitivas se revierten después de una abstinencia exitosa. En personas con trastorno por consumo de metanfetamina, la resonancia magnética también puede revelar hiperintensidades que sugieren microhemorragias o áreas más grandes de infarto.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo leve o grave inducido por sustancias o medicamentos

Las consecuencias funcionales de las ENT

leves inducidas por sustancias o medicamentos a veces se ven aumentadas por una reducción de la eficiencia cognitiva y dificultad para concentrarse más allá de lo que se observa en muchas otras ENT. Además, tanto en niveles graves como leves, las ENT inducidas por sustancias o medicamentos pueden tener síndromes motores asociados que aumentan el nivel de deterioro funcional.

Diagnóstico diferencial Las

personas con trastornos por uso de sustancias, intoxicación por sustancias y abstinencia de sustancias tienen un mayor riesgo de sufrir otras afecciones que, de forma independiente o mediante un efecto combinado, pueden provocar alteraciones neurocognitivas. Estos incluyen antecedentes de lesión cerebral traumática e infecciones que pueden acompañar al trastorno por uso de sustancias (p. ej., VIH, virus de la hepatitis C, sífilis).

Por lo tanto, la presencia de ENT leve o grave inducida por sustancias/medicamentos debe diferenciarse de las ENT que surgen fuera del contexto del consumo de sustancias, la intoxicación y la abstinencia, incluidas estas afecciones acompañantes (p. ej., lesión cerebral traumática).

Comorbilidad Los

trastornos por uso de sustancias, la intoxicación por sustancias y la abstinencia de sustancias son altamente comórbidos con otros trastornos mentales. En general, cuanto mayor es la exposición a las drogas de abuso, mayor es el riesgo de sufrir una ENT inducida por sustancias o medicamentos. El trastorno de estrés postraumático comórbido, los trastornos psicóticos, los trastornos depresivos y bipolares y los trastornos del desarrollo neurológico pueden contribuir al deterioro neurocognitivo en los consumidores de sustancias. Las lesiones cerebrales traumáticas ocurren con mayor frecuencia con el uso de sustancias, lo que complica los esfuerzos para determinar la etiología de las ENT en tales casos. El trastorno grave por consumo de alcohol a largo plazo puede asociarse con enfermedades importantes de órganos y sistemas, incluidas enfermedades cerebrovasculares y cirrosis; el trastorno por consumo de inhalantes se asocia con tasas más altas de daño renal y hepático; y las ENT inducidas por anfetaminas y cocaína pueden ir acompañadas de ENT vasculares graves o leves secundarias al uso de estimulantes.

Machine Translated by Google

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido al VIH Infección

Criterios de diagnóstico

R. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. Hay infección documentada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

C. El trastorno neurocognitivo no se explica mejor por afecciones distintas del VIH, incluidas enfermedades cerebrales secundarias como la leucoencefalopatía multifocal progresiva o la meningitis criptocócica.

D. El trastorno neurocognitivo no es atribuible a otra afección médica y no se explica mejor por un trastorno mental.

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en las páginas 682 y 683): Para el trastorno neurocognitivo mayor debido a la infección por VIH, con alteración del comportamiento, codifique primero B20 infección por VIH, seguido de F02.81 trastorno neurocognitivo mayor debido a la infección por VIH, con alteración del comportamiento.

Para el trastorno neurocognitivo mayor debido a la infección por VIH, sin alteración del comportamiento, codifique primero B20 infección por VIH, seguido de F02.80 trastorno neurocognitivo mayor debido a la infección por VIH, sin alteración del comportamiento.

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderada" y "grave" no pueden codificarse para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así deben registrarse.

Para trastorno neurocognitivo leve debido a la infección por VIH, codifique G31.84. (Nota: No utilice el código adicional para la infección por VIH. “Con alteración del comportamiento” y “sin alteración del comportamiento” no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse).

Para trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la infección por VIH: utilice códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a la infección por VIH (p. ej., F06.34 trastorno bipolar y relacionado debido a la infección por VIH, con características mixtas; F07.0 personalidad cambio debido a una lesión cerebral traumática, tipo apático).

Características diagnósticas

La enfermedad por VIH es causada por la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1), que se adquiere a través de la exposición a fluidos corporales de un individuo infectado mediante el uso de sustancias inyectables, contacto sexual sin protección o exposición accidental o iatrogénica (p. ej., lesiones por punción con aguja al personal médico). El VIH infecta varios tipos de células, en particular los linfocitos y monocitos “T auxiliares” (CD4). Con el tiempo, la infección puede causar disminuciones severas en el recuento de CD4, lo que resulta en un compromiso inmunológico severo, que a menudo conduce a infecciones oportunistas y neoplasias. Los monocitos infectados pueden ingresar al sistema nervioso central y provocar la infección de macrófagos y microglía. Un pequeño porcentaje de astrocitos puede albergar células productivas.

Machine Translated by Google

Infección por VIH. La forma avanzada de infección por VIH se denomina síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El diagnóstico del VIH se confirma mediante métodos de laboratorio establecidos, como el ensayo de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) para el ARN del VIH y la prueba de combinación de anticuerpos y antígenos. Es de destacar que está disponible la autoprueba del VIH en el hogar.

Algunas personas con infección por VIH desarrollan un trastorno neurocognitivo (ENT), que generalmente muestra un "patrón subcortical" con una función ejecutiva notablemente deteriorada, disminución de la velocidad de procesamiento, problemas con tareas de atención más exigentes y dificultad para aprender nueva información, pero menos problemas con recuerdo de la información aprendida. En las principales ENT, la desaceleración puede ser notoria. Las dificultades del lenguaje, como la afasia, son poco comunes, aunque se pueden observar reducciones en la fluidez. Los procesos patógenos del VIH pueden afectar cualquier parte del cerebro; por lo tanto, son posibles otros patrones.

Funciones asociadas

Las ENT graves o leves debidas a la infección por VIH son más prevalentes en personas de edad cada vez mayor, nivel educativo más bajo o sexo femenino, y entre aquellos con trastorno depresivo mayor, trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias y comorbilidades médicas (en particular diabetes e hipertensión). El riesgo de ENT debido a la infección por VIH también aumenta con cualquiera de los siguientes factores: episodios previos de inmunosupresión, cargas virales altas en el líquido cefalorraquídeo y niveles elevados de factor de necrosis tumoral alfa (TNF-α), interleucina-6 (IL- 6), proteína C reactiva, dímero D, sCD14, sCD163 y cadena ligera de neurofilamentos en la sangre periférica o indicadores de laboratorio clínico de enfermedad avanzada por VIH, como un nadir bajo de células CD4, anemia e hipoalbuminemia. Las personas con ENT importantes pueden mostrar características neuromotoras más prominentes, como falta de coordinación grave, ataxia y enlentecimiento motor. Estas características pueden volverse más prominentes con la progresión de la enfermedad de las ENT.

Predominio

Dependiendo de la etapa clínica de la enfermedad del VIH, aproximadamente entre un tercio y más de la mitad de las personas infectadas por el VIH tienen al menos alguna evidencia de un trastorno neurocognitivo, pero la mayoría de estos trastornos no cumplirían los criterios de ENT leve y, en cambio, representarían a individuos. con deterioro neurocognitivo asintomático (ANI), que pueden tener un desempeño deficiente en una o más pruebas de habilidades neurocognitivas pero no tienen ningún deterioro en el estado funcional. Las tasas en América del Norte y Europa occidental han demostrado en gran medida que la NIA representa la mayoría de los trastornos neurocognitivos, mientras que las ENT leves debidas al VIH representan aproximadamente una cuarta parte de las personas, y los criterios de ENT mayores se cumplen normalmente en menos del 5% de las personas con ENT. Alteraciones neurocognitivas relacionadas con el VIH. En Alemania, la prevalencia general de ENT asociadas al VIH entre personas infectadas

El número de participantes en la clínica fue del 43%, de los cuales el 90% estaba en tratamiento: el 20% tenía INA, el 17% tenía ENT leve y el 6% tenía demencia asociada al VIH. En los países de ingresos bajos y medianos, la prevalencia de las ENT asociadas al VIH es mayor entre las personas con VIH que no reciben tratamiento. En otras partes del mundo, y en cohortes compuestas principalmente por personas infectadas por el VIH que reciben un tratamiento antirretroviral eficaz probado con baterías integrales de pruebas cognitivas, las tasas generales de

Machine Translated by Google

Se encontró que el deterioro cognitivo rondaba entre el 25% y el 35%.

En los Estados Unidos, la incidencia de la infección por VIH es mayor en hombres que en mujeres en todos los grupos étnicos. Sin embargo, la evidencia respalda una diferencia de sexo en las ENT debidas a la infección por VIH, con deterioro neurocognitivo más frecuente en las mujeres, incluso cuando el sexo se mantiene como factor de riesgo en un análisis multivariado. La mayor tasa de deterioro en las mujeres puede estar asociada con diferencias en la calidad de la educación.

Desarrollo y evolución En el desarrollo y

evolución de las ENT debidas al VIH, las personas pueden tener deterioro neurocognitivo cuando la infección por VIH es asintomática; Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades clasifican la infección por VIH subyacente en tres etapas: asintomática, sintomática temprana y sintomática tardía/SIDA. El curso de las ENT debidas a la infección por VIH puede resolverse, mejorar, permanecer estable, empeorar lentamente, empeorar rápidamente o tener un curso fluctuante. La progresión rápida del deterioro neurocognitivo es poco común en el contexto del tratamiento antirretroviral combinado actualmente disponible, aunque aún puede ocurrir en el contexto de un subgrupo asociado con la edad avanzada, así como en asociación con comorbilidades específicas que promueven el deterioro cognitivo. Sin embargo, para la proporción predominante de personas con VIH, un cambio abrupto en el estado mental justifica una evaluación de otras fuentes médicas para detectar el cambio cognitivo, incluidas las infecciones secundarias. Debido a que la infección por VIH afecta preferentemente a las regiones subcorticales durante el curso de la enfermedad, incluida la sustancia blanca profunda, la progresión del trastorno sigue un patrón subcortical. El patrón subcortical de deterioro cognitivo se caracteriza por una desaceleración mental asociada con disfunción motora, déficits de aprendizaje de procedimientos y déficits de recuerdo libre, con relativa preservación de la memoria de reconocimiento, la abstracción verbal y la denominación.

Debido a que la infección por VIH puede afectar una variedad de regiones del cerebro y la enfermedad puede tomar muchas trayectorias diferentes dependiendo de las comorbilidades asociadas y las consecuencias de la infección por VIH, el curso general de una ENT debida a la infección por VIH tiene una heterogeneidad considerable. Un perfil neurocognitivo subcortical puede interactuar con la edad a lo largo de la vida, de modo que se produce una interacción entre la edad y la etapa clínica de la enfermedad por VIH en los dominios de la memoria episódica y el deterioro motor (p. ej., marcha lenta). Esta interacción aumenta la prevalencia general del deterioro neurocognitivo y la probabilidad de que sea más pronunciado en la edad adulta.

La adquisición de la infección por VIH suele ocurrir en adultos en países de ingresos altos, a través de conductas de alto riesgo (p. ej., relaciones sexuales sin protección, uso de sustancias inyectables) que comienzan al final de la adolescencia y alcanzan su punto máximo durante la edad adulta joven y media, con una contribución significativa que persiste hasta la vejez. En las regiones de bajos ingresos, donde las pruebas del VIH y los tratamientos antirretrovirales para las mujeres embarazadas no están fácilmente disponibles, la transmisión perinatal es común. Las ENT en estos bebés y niños pueden manifestarse principalmente como un retraso en el desarrollo neurológico. A medida que las personas tratadas contra el VIH sobreviven hasta una edad avanzada, es posible que se produzcan efectos neurocognitivos aditivos e interactivos del VIH y el envejecimiento, incluidas otras ENT (por ejemplo, debido a la enfermedad de Alzheimer o a la enfermedad de Parkinson). Más del 50% de las personas con VIH en los Estados Unidos tienen más de 5
La terapia antirretroviral a largo plazo está indicada para el control continuo de la infección por VIH. Sin embargo, algunas terapias antirretrovirales pueden estar asociadas con inflamación, efectos neurotóxicos y cambios metabólicos que pueden provocar compromiso vascular e indirectamente aumentar el deterioro neurocognitivo junto con el envejecimiento y comorbilidades médicas que pueden empeorar la cognición.

Machine Translated by Google

Factores de riesgo y pronóstico Paradójicamente,

las ENT debidas a la infección por VIH no han disminuido significativamente con la llegada de la terapia antirretroviral eficaz, aunque las presentaciones más graves (consistentes con el diagnóstico de ENT importantes) han disminuido drásticamente. Los factores contribuyentes pueden incluir el control inadecuado del VIH en el sistema nervioso central (SNC), la evolución de cepas virales resistentes a los medicamentos antirretrovirales, los efectos de la inflamación sistémica y cerebral crónica a largo plazo y los efectos de factores comórbidos como el envejecimiento, el consumo de sustancias. trastorno por uso, hipertensión, diabetes, antecedentes de traumatismo del SNC y coinfecciones, como las del virus de la hepatitis C. La exposición crónica a los medicamentos antirretrovirales también se ha asociado con la neurotoxicidad por sí misma.

Marcadores de diagnóstico Un

diagnóstico de VIH se puede realizar a partir de una prueba realizada en sangre, fluidos orales u orina. Además, la caracterización del VIH del líquido cefalorraquídeo puede ser útil si revela una carga viral desproporcionadamente alta en el líquido cefalorraquídeo en comparación con el plasma o si hay indicadores de un alto nivel de neuroinflamación. Las neuroimágenes (p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI]) pueden revelar una reducción en el volumen cerebral total, adelgazamiento cortical, reducción en el volumen de la sustancia blanca y áreas irregulares de sustancia blanca anormal (hiperintensidades). La resonancia magnética del cerebro o la punción lumbar pueden ser útiles para excluir una afección médica específica (p. ej., meningitis criptocócica, meningoencefalitis, encefalitis por virus del herpes simple tipo 1 o tipo 2, leucoencefalopatía multifocal progresiva) que podría contribuir a los cambios del SNC en el contexto del SIDA.
Las técnicas especializadas, como las imágenes con tensor de difusión, pueden revelar daños en tractos específicos de materia blanca. El etiquetado por espín arterial (ASL) desarrollado como un nuevo tipo de resonancia magnética (ASL-MRI) puede revelar cambios regionales en la perfusión cerebral en 3 a 5 minutos sin infusión de trazadores extrínsecos ni exploración por tomografía por emisión de positrones con proteína translocadora de 18 kDa (TSPO) puede revelar neuroinflamación.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo mayor o leve Debido a la infección por VIH

Las consecuencias funcionales de las ENT graves o leves debidas a la infección por VIH varían según la persona. Por lo tanto, las funciones ejecutivas deterioradas y el procesamiento de información lento pueden interferir sustancialmente con la adherencia a los regímenes de terapia antirretroviral eficaces, aunque estos regímenes se han simplificado mucho desde sus inicios. Por lo tanto, el estado funcional debe evaluarse y asignarse directamente al deterioro neurocognitivo para determinar la gravedad de la ENT. El estado funcional relacionado con el deterioro neurocognitivo debido al VIH debe separarse de la disfunción atribuible a otros trastornos concomitantes que pueden afectar la función neurocognitiva.

Diagnóstico diferencial En presencia

de comorbilidades, como otras infecciones (p. ej., virus de la hepatitis C, sífilis), trastorno por consumo de sustancias (p. ej., trastorno por consumo de metanfetamina), lesión cerebral traumática previa o afecciones del desarrollo neurológico, ENT grave o leve debida a la infección por VIH puede ser diagnosticado

Machine Translated by Google

siempre que haya evidencia de que la infección por VIH ha empeorado cualquier ENT debido a dichas condiciones preexistentes o comórbidas. Entre los adultos mayores, puede ser necesario diferenciar el inicio del deterioro neurocognitivo relacionado con la enfermedad cerebrovascular o la neurodegeneración primaria (p. ej., ENT grave o leve debido a la enfermedad de Alzheimer); Estas condiciones pueden ser sugeridas por un curso de disminución relativamente más progresivo que el que se observa en las ENT debido al VIH. Se ha demostrado que la propia infección por VIH aumenta el riesgo de enfermedad cerebrovascular. Debido a que una inmunodeficiencia más grave puede provocar infecciones oportunistas del cerebro (p. ej., toxoplasmosis, criptococosis) y neoplasias (p. ej., linfoma del SNC),

La aparición de una ENT o el empeoramiento repentino de una ENT exige una investigación activa de etiologías distintas del VIH. Es importante tener en cuenta el delirio porque ocurre con frecuencia durante el curso de la enfermedad de personas con VIH y puede deberse a múltiples etiologías (incluida la coinfección por SARS-CoV-2).

Comorbilidad La

enfermedad por VIH se acompaña de inflamación crónica sistémica y del SNC y de enfermedades que pueden asociarse con una ENT. Estas complicaciones pueden ser parte de la patogénesis de las ENT graves o leves, así como de la NIA debida a la infección por VIH. El VIH frecuentemente coexiste con afecciones como trastornos por uso de sustancias y otras infecciones de transmisión sexual. Se han identificado comorbilidades tanto médicas como psiquiátricas que aumentan la probabilidad de un diagnóstico de ENT debido a la infección por VIH. Las mujeres y los miembros de grupos étnicos y racializados desatendidos pueden mostrar variaciones en las tasas de comorbilidades asociadas con las ENT debido a la infección por VIH.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a priones Enfermedad

Criterios de diagnóstico

R. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. El deterioro tiene un inicio insidioso y es común una progresión rápida.

C. Hay características motoras de la enfermedad priónica, como mioclonías o ataxia, o evidencia de biomarcadores.

D. El trastorno neurocognitivo no es atribuible a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en las págs.

682 y 683): Para el trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad priónica, con alteración del comportamiento, codifique primero A81.9 enfermedad priónica, seguido de F02.81 trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad priónica, con alteración del comportamiento. disturbio.

Para trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad priónica, sin comportamiento

Machine Translated by Google

alteración, codifique primero A81.9 enfermedad priónica, seguida de F02.80 trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad priónica, sin alteración del comportamiento.

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderada" y "grave" no pueden codificarse para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así deben registrarse.

Para trastorno neurocognitivo leve debido a enfermedad priónica, codifique G31.84. (Nota: no utilice el código adicional para enfermedades priónicas. “Con alteración del comportamiento” y “sin alteración del comportamiento” no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse).

Para trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a enfermedad priónica: utilice códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a enfermedad priónica (p. ej., F06.2 trastorno psicótico debido a enfermedad priónica, con delirios; F06.32 trastorno depresivo debido a enfermedad priónica con episodio depresivo mayor).

Funciones de diagnóstico

La clasificación de trastorno neurocognitivo (ENT) mayor o leve debido a enfermedad priónica incluye ENT debidas a un grupo de encefalopatías espongiformes subagudas (incluidas las esporádicas de Creutzfeldt-Enfermedad de Jakob, genética Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, iatrogénica Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, variante Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, prionopatía variable sensible a proteasas,

kuru [que se encuentra entre el pueblo Fore en Papúa Nueva Guinea], síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker e insomnio mortal) causados por agentes transmisibles conocidos como priones. Dado que el tipo más común es la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica, normalmente se la denomina simplemente enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ). La variante de la ECJ es mucho más rara y se asocia con la transmisión de la encefalopatía espongiforme bovina, también llamada “enfermedad de las vacas locas”. Por lo general, las personas con ECJ presentan déficits neurocognitivos, ataxia y movimientos anormales como mioclonías, corea o distonía; también es común un reflejo de sobresalto. La historia a menudo revela una rápida progresión hacia una ENT grave en tan solo seis meses y, por lo tanto, el trastorno generalmente se observa sólo en el nivel mayor. Sin embargo, muchas personas con este trastorno pueden tener presentaciones atípicas y la enfermedad sólo puede confirmarse mediante biopsia o autopsia. Por ejemplo, los individuos con variante de ECJ pueden presentar una mayor preponderancia de síntomas psiquiátricos que los individuos con otros tipos de enfermedad priónica, caracterizada por mal humor, retraimiento y ansiedad. Aunque no necesariamente se requiere evidencia de biomarcadores para el diagnóstico si las características motoras de la enfermedad priónica (p. ej., mioclonías, ataxia) están presentes, la confianza en que la ENT se debe a una enfermedad priónica aumenta considerablemente si están presentes los biomarcadores característicos.

Predominio

Se desconoce la prevalencia, pero es muy baja dada la corta supervivencia. Según datos de nueve países de altos ingresos, la incidencia anual de ECJ esporádica es de aproximadamente uno o dos casos por millón de personas. La incidencia varía según la edad y es mayor en personas de 65 años o más (4,8/1.000.000 de personas) y es mayor en blancos en comparación con negros. La incidencia entre los chinos étnicos en Taiwán es más baja que las tasas de la población general en los Estados Unidos y otros países informantes.

Machine Translated by Google

Desarrollo y evolución

La enfermedad priónica puede desarrollarse a cualquier edad en adultos (la edad máxima para la ECJ esporádica es aproximadamente 67 años), aunque se ha informado que ocurre en personas que abarcan desde la adolescencia hasta la vejez. Se encontró que los blancos no latinos tenían una edad media de inicio mayor en comparación con otras poblaciones étnicas y racializadas en los Estados Unidos. Los síntomas prodrómicos de la enfermedad priónica pueden incluir fatiga, ansiedad, problemas de apetito o de sueño, o dificultades de con

Después de varias semanas, estos síntomas pueden ir seguidos de falta de coordinación, visión alterada o marcha anormal u otros movimientos que pueden ser mioclónicos, coreoatetoides o balísticos, junto con una demencia rápidamente progresiva. Por lo general, la enfermedad progresa muy rápidamente hasta el nivel mayor de deterioro en varios meses. Más raramente, puede progresar en dos años y su curso parece similar al de otras ENT.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Se ha demostrado la transmisión entre especies de infecciones priónicas, con agentes que están estrechamente relacionados con la forma humana (p. ej., el brote de encefalopatía espongiforme bovina que indujo una variante de la ECJ en el Reino Unido a mediados de los años noventa).

Se ha documentado la transmisión por trasplante de córnea, injertos de duramadre cadavérica, instrumentos neuroquirúrgicos contaminados, inyecciones de hormona de crecimiento humana derivada de cadáveres y gonadotropina hipofisaria, y transfusión de sangre (sólo en el caso de la variante de la ECJ). Los estudios no han demostrado un mayor riesgo de ECJ esporádica en profesionales de la salud.

Genético y fisiológico. Hasta en el 15% de los casos de enfermedad priónica, existen mutaciones genéticas autosómicas dominantes en el gen de la proteína priónica (PRNP), que codifica una proteína normal unida a la membrana neuronal. El polimorfismo del codón 129 de PRNP media el riesgo.

de enfermedades priónicas esporádicas y adquiridas, además de modificar la manifestación clínica, la edad de inicio de la enfermedad y la duración de la misma.

Marcadores de diagnóstico

La enfermedad priónica sólo puede confirmarse definitivamente mediante una biopsia cerebral o una autopsia. Hay varias proteínas del líquido cefalorraquídeo (LCR) que son marcadores de lesión neuronal y con frecuencia están elevadas en la enfermedad priónica; los más utilizados con fines diagnósticos son el 14-3-3 y el tau, que tienen una alta sensibilidad pero una especificidad variable. La conversión inducida por temblores en tiempo real (RT-QuIC) es otra prueba de diagnóstico del LCR que puede amplificar cantidades mínimas de proteínas priónicas que causan enfermedades y tiene una especificidad extremadamente alta. La resonancia magnética cerebral se considera actualmente la prueba diagnóstica más sensible cuando se realiza DWI (imágenes ponderadas por difusión), siendo el hallazgo más común hiperintensidades multifocales de la sustancia gris en regiones subcorticales y/o corticales. En algunos individuos, el electroencefalograma revela descargas periódicas agudas, a menudo trifásicas y sincrónicas, a una frecuencia de 0,5 a 2 Hz en algún momento durante el curso del trastorno. Es importante señalar que los marcadores de diagnóstico anteriores varían según el tipo de enfermedad priónica (p. ej., ECJ esporádica, ECJ genética, ECJ variante).

Machine Translated by Google

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos neurocognitivos importantes. Las ENT importantes debidas a enfermedades priónicas pueden parecer similares en su curso a otras ENT, pero las enfermedades priónicas generalmente se distinguen por su rápida progresión y síntomas cerebelosos y motores prominentes.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a Enfermedad de Parkinson

Criterios de diagnóstico

R. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. La alteración ocurre en el contexto de una enfermedad de Parkinson establecida.

C. Hay un inicio insidioso y una progresión gradual del deterioro.

D. El trastorno neurocognitivo no es atribuible a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Se debe diagnosticar un trastorno neurocognitivo mayor o leve probablemente debido a la enfermedad de Parkinson si se cumplen los puntos 1 y 2. Se debe diagnosticar un trastorno neurocognitivo mayor o leve posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson si se cumplen 1 o 2:

1. No hay evidencia de etiología mixta (es decir, ausencia de otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular u otra enfermedad o afección neurológica, mental o sistémica que probablemente contribuya al deterioro cognitivo).
2. La enfermedad de Parkinson precede claramente a la aparición de la enfermedad neurocognitiva. trastorno.

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en las páginas 682 y 683): para el trastorno neurocognitivo mayor probablemente o posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson, con alteración del comportamiento, codifique primero G20 enfermedad de Parkinson, seguido de F02.81. Para el trastorno neurocognitivo mayor probablemente o posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson, sin alteración del comportamiento, codifique primero G20 Enfermedad de Parkinson, seguido de F02.80.

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderada" y "grave" no pueden codificarse para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así deben registrarse.

Para el trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Parkinson, codifique G31.84. (Nota: no utilice el código adicional para la enfermedad de Parkinson. “Con alteración del comportamiento” y “sin alteración del comportamiento” no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse).

Para trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson: use códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a la enfermedad de Parkinson.

Machine Translated by Google

enfermedad (p. ej., F06.0 trastorno psicótico debido a la enfermedad de Parkinson, con alucinaciones; F06.31 trastorno depresivo debido a la enfermedad de Parkinson, con características depresivas; F07.0 cambio de personalidad debido a una lesión cerebral traumática, tipo apático).

Características diagnósticas La

característica esencial del trastorno neurocognitivo (ENT) grave o leve debido a la enfermedad de Parkinson es el deterioro cognitivo observado en el momento o después de la aparición de la enfermedad de Parkinson idiopática. La alteración debe ocurrir en el contexto de una enfermedad de Parkinson establecida (Criterio B), y los déficits deben haberse desarrollado gradualmente (Criterio C). La tasa de progresión de los déficits cognitivos puede variar; para algunas personas con déficits leves puede haber cambios mínimos con el tiempo.

Se considera que la ENT probablemente se debe a la enfermedad de Parkinson cuando no hay evidencia de otro trastorno que pueda ser responsable del deterioro cognitivo y cuando la enfermedad de Parkinson precede a la aparición de la ENT. Se considera que la ENT se debe posiblemente a la enfermedad de Parkinson cuando solo se cumple una de estas condiciones pero no ambas. Un diagnóstico de la enfermedad de Parkinson antes del inicio del cambio cognitivo aumenta la confianza diagnóstica de que la ENT es atribuible a la enfermedad de Parkinson, como lo indica la designación probable .

Funciones asociadas

Las características más frecuentes incluyen apatía, estado de ánimo deprimido, estado de ánimo ansioso, alucinaciones, delirios, cambios de personalidad, trastorno de conducta del sueño con movimientos oculares rápidos (REM), somnolencia diurna excesiva, congelación de la marcha, caídas, afectación bilateral en las primeras etapas de la enfermedad, inestabilidad postural y alteraciones de la marcha. (PIGD) subtipo e hiposmia. La combinación de inestabilidad postural y de la marcha puede ocurrir en las primeras etapas de la enfermedad y puede describirse con el término subtipo PIGD para distinguirla de la enfermedad de Parkinson con predominio de temblores.

Predominio

La prevalencia de la enfermedad de Parkinson en los Estados Unidos aumenta constantemente con la edad desde aproximadamente el 0,4% entre las edades de 60 y 69 años al 1,4% entre las edades de 80 y 89 años.
La enfermedad de Parkinson es más común en hombres que en mujeres. De manera similar, la prevalencia de ENT debidas a la enfermedad de Parkinson es mayor en hombres que en mujeres. Sin embargo, no está claro si la incidencia de ENT debidas a la enfermedad de Parkinson es mayor en hombres que en mujeres. Entre las personas con enfermedad de Parkinson, hasta el 80% eventualmente desarrollará una ENT grave.
Entre aquellos sin una ENT importante, la prevalencia de ENT leve en la enfermedad de Parkinson se ha estimado entre 25% y 27%. Para las personas con enfermedad de Parkinson no tratada, un rango de 9% a 19% tiene ENT leve, mientras que otros estudios han informado que las ENT graves ocurren en el 24% de la enfermedad de Parkinson no tratada recientemente diagnosticada. Entre los afroamericanos, el riesgo de enfermedad de Parkinson tiende a ser menor que entre los blancos no latinos, pero el riesgo de demencia entre quienes padecen la enfermedad tiende a ser mayor.

Desarrollo y curso

El inicio de la enfermedad de Parkinson suele ocurrir entre los 50 y los 89 años, con mayor expresión en

Machine Translated by Google

principios de los años 60. Las ENT leves a menudo se desarrollan relativamente temprano en el curso de la enfermedad de Parkinson, mientras que el deterioro importante generalmente no ocurre hasta que los individuos son mayores.

725

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Los factores de riesgo de la enfermedad de Parkinson incluyen la exposición a pesticidas, solventes y posiblemente una lesión cerebral traumática.

Genético y fisiológico. Los posibles factores de riesgo de ENT entre las personas con enfermedad de Parkinson incluyen edad avanzada en el momento del inicio de la enfermedad, aumento de la gravedad de la misma, síntomas de la marcha prominentes, alteraciones autonómicas graves (particularmente hipotensión ortostática), trastorno de la conducta del sueño REM y posiblemente ser hombre y tener menos años de experiencia. educación formal.

Se ha demostrado que las personas con enfermedad de Parkinson con mutaciones en el gen de la glucocerebrosidasa (GBA) y el genotipo APOE*E4 tienen peor cognición en investigaciones transversales y longitudinales.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

La demencia de Guam es una ENT de aparición tardía que se observa entre el 8,8% de los chamorros (la población indígena de Guam) de 65 años o más. Caracterizado por ovillos neurofibrilares pero sin las placas amiloides que se encuentran en la enfermedad de Alzheimer, se cree que posiblemente esté relacionado con un complejo único de parkinsonismo-demencia y esclerosis lateral amiotrófica. Se ha encontrado una asociación con el procesamiento y el consumo de fadang elaborado con semillas de cícadas.

Marcadores de diagnóstico

Las pruebas neuropsicológicas, centradas en pruebas que no se ven afectadas por la desaceleración motora (es decir, que no están cronometradas o que requieren el uso de las manos), son fundamentales para detectar los déficits cognitivos centrales, particularmente en la fase leve de ENT. Los rasgos característicos observados en las pruebas neuropsicológicas en las primeras etapas del trastorno pueden incluir atención reducida, disfunción ejecutiva, procesamiento de información lento y déficits en la memoria y la función visuoespacial, mientras que muchas habilidades del lenguaje pueden permanecer intactas.

Las exploraciones del transportador de dopamina, como las exploraciones DaT, pueden diferenciar las demencias relacionadas con cuerpos de Lewy (es decir, las ENT debidas a la enfermedad de Parkinson, las ENT con cuerpos de Lewy) de las demencias no relacionadas con los cuerpos de Lewy (p. ej., las ENT debidas a la enfermedad de Alzheimer).

Diagnóstico diferencial

726

Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy (NCDLB). La distinción entre NCDLB y ENT debida a la enfermedad de Parkinson se basa en el momento y la secuencia de los síntomas motores y cognitivos. Los criterios de consenso para la demencia con cuerpos de Lewy separan la NCDLB de las ENT debidas a la enfermedad de Parkinson al especificar que para que la demencia se atribuya a la enfermedad de Parkinson, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson debe estar presente durante al menos 1 año antes de que el deterioro cognitivo haya alcanzado el nivel de una ENT importante. mientras que para NCDLB, el cognitivo

Machine Translated by Google

Los síntomas pueden comenzar antes, con o en ausencia del parkinsonismo. Por el contrario, los criterios de consenso de expertos para la enfermedad de Parkinson proponen que si el deterioro cognitivo ocurre antes de un diagnóstico motor, aún se puede hacer el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson; por lo tanto, un médico puede atribuir el deterioro cognitivo a la enfermedad de Parkinson y diagnosticar una ENT debido a la enfermedad de Parkinson. En consecuencia, el médico puede optar por diagnosticar ENT debido a la enfermedad de Parkinson o NCDLB para personas con ENT grave que comienza antes o dentro de los 12 meses posteriores a la enfermedad de Parkinson. En tales circunstancias, el médico decide qué diagnóstico es más apropiado. Si la enfermedad de Parkinson ha sido diagnosticada durante al menos un año antes de la aparición de los síntomas cognitivos, entonces ambos criterios de expertos coinciden en que las ENT debidas a la enfermedad de Parkinson normalmente serían el diagnóstico apropiado. El momento y la secuencia del parkinsonismo y las ENT leves pueden ser particularmente difíciles de determinar, y es posible que sea necesario diagnosticar las ENT no especificadas hasta que el orden de la progresión clínica se vuelva evidente.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer. Las características motoras son la clave para distinguir las ENT graves o leves debidas a la enfermedad de Parkinson de las ENT graves o leves debidas a la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, los dos trastornos pueden coexistir y las personas con enfermedad de Alzheimer bien establecida pueden desarrollar parkinsonismo leve.

Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve. Las ENT vasculares mayores o leves pueden manifestarse con características parkinsonianas que pueden ocurrir como consecuencia de una enfermedad difusa de vasos pequeños corticales o subcorticales. Sin embargo, las características parkinsonianas normalmente no son suficientes para un diagnóstico de enfermedad de Parkinson, y el curso de la ENT suele tener una clara asociación con cambios cerebrovasculares.

Trastorno neurocognitivo debido a otra afección médica (p. ej., trastornos neurodegenerativos). Cuando se considera un diagnóstico de ENT grave o leve debido a la enfermedad de Parkinson, también se debe hacer la distinción de otros trastornos cerebrales, como la parálisis supranuclear progresiva, la degeneración corticobasal, la atrofia multisistémica, los tumores y la hidrocefalia.

Parkinsonismo inducido por antipsicóticos (u otro fármaco bloqueador de los receptores de dopamina). antipsicótico (u otro fármaco bloqueador de los receptores de dopamina) puede ocurrir parkinsonismo inducido en personas con otras ENT, particularmente cuando se recetan medicamentos antipsicóticos para las manifestaciones conductuales de dichos trastornos.

Comorbilidad

La enfermedad de Parkinson puede coexistir con la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad cerebrovascular, especialmente en personas mayores. Las personas con ENT debidas a la enfermedad de Parkinson pueden mostrar características clínicas o de biomarcadores que sugieran la presencia tanto de la enfermedad de Parkinson como de otras patologías. La evidencia de etiología mixta no excluye la contribución de la enfermedad de Parkinson a una ENT. La combinación de múltiples características patológicas puede disminuir las capacidades funcionales de las personas con enfermedad de Parkinson. Los síntomas motores y la frecuente coexistencia de depresión, psicosis, trastorno de conducta del sueño REM o apatía pueden empeorar el deterioro funcional.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a Enfermedad de Huntington

Machine Translated by Google

Criterios de diagnóstico

R. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. Hay un inicio insidioso y una progresión gradual.

C. Existe enfermedad de Huntington clínicamente establecida, o riesgo de padecer la enfermedad de Huntington según los antecedentes familiares o pruebas genéticas.

D. El trastorno neurocognitivo no es atribuible a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en las

págs. 682 y 683): para el trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, con alteración del comportamiento, codifique primero G10 enfermedad de Huntington, seguido de F02.81 trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, con alteración del comportamiento.

Para el trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, sin alteración del comportamiento, codifique primero G10 enfermedad de Huntington, seguido de F02.80 trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, sin alteración del comportamiento.

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderada" y "grave" no pueden codificarse para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así deben registrarse.

Para el trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Huntington, codifique G31.84. (Nota: no utilice el código adicional para la enfermedad de Huntington. “Con alteración del comportamiento” y “sin alteración del comportamiento” no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse).

Para trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington: utilice códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a la enfermedad de Huntington (p. ej., F06.31 trastorno depresivo debido a la enfermedad de Huntington con características depresivas; F06.4 trastorno de ansiedad debido a Enfermedad de Huntington).

Características diagnósticas

El deterioro cognitivo progresivo es una característica central de la enfermedad de Huntington, donde los cambios tempranos en la función ejecutiva (es decir, la velocidad de procesamiento, la organización y la planificación) suelen ser más prominentes que la disminución del aprendizaje y la memoria. Los cambios cognitivos y conductuales asociados a menudo preceden a la aparición de las anomalías motoras típicas de bradicinesia (es decir, enlentecimiento del movimiento voluntario) y corea (es decir, movimientos espasmódicos involuntarios). Un diagnóstico definitivo de enfermedad de Huntington se da en presencia de anomalías motoras extrapiramidales inequívocas en un individuo con antecedentes familiares de enfermedad de Huntington o pruebas genéticas que muestran una expansión repetida del trinucleótido CAG en el gen HTT , ubicado en el cromosoma 4.

Funciones asociadas

Irritabilidad, apatía, ansiedad, síntomas obsesivo-compulsivos, depresión y, más raramente,

Machine Translated by Google

Todas las psicosis pueden estar asociadas con la enfermedad de Huntington y a menudo preceden a la aparición de síntomas motores.

Predominio

Los déficits neurocognitivos son un resultado final de la enfermedad de Huntington; Se estima que la prevalencia mundial es de 2,7 por 100.000. La prevalencia de la enfermedad de Huntington en América del Norte, Europa y Australia es de 5,7 por 100.000, con una prevalencia mucho menor de 0,40 por 100.000 en Asia.

Desarrollo y evolución

La edad en el momento del diagnóstico de la enfermedad de Huntington varía ampliamente, pero los síntomas se observan con mayor frecuencia entre los 35 y 45 años. La edad de inicio se correlaciona inversamente con la duración de la expansión CAG. La enfermedad de Huntington juvenil (que comienza antes de los 20 años) puede presentarse más comúnmente con bradicinesia, distonía y rigidez que con los movimientos coreicos característicos del trastorno que comienza en la edad adulta. La enfermedad es gradualmente progresiva, con una duración promedio de supervivencia después del diagnóstico clínico estimada en aproximadamente 10 a 20 años, aunque los individuos afectados pueden demostrar una variabilidad significativa en la progresión de la enfermedad.

La expresión fenotípica de la enfermedad de Huntington varía según la presencia de síntomas motores, cognitivos y psiquiátricos. Las anomalías psiquiátricas y cognitivas pueden preceder a la anomalía motora en una década o más. Los síntomas iniciales que requieren atención a menudo incluyen irritabilidad, ansiedad o estado de ánimo deprimido. Otros trastornos del comportamiento pueden incluir apatía pronunciada, desinhibición, impulsividad y deterioro de la percepción, y la apatía a menudo se vuelve más progresiva con el tiempo. Los primeros síntomas de movimiento pueden implicar la aparición de inquietud en las extremidades, así como una apraxia leve (es decir, dificultad con movimientos decididos), particularmente con tareas motoras finas. A medida que avanza el trastorno, otros problemas motores incluyen problemas de marcha (ataxia) e inestabilidad postural. El deterioro motor eventualmente afecta la producción del habla (disartria), de modo que el habla se vuelve muy difícil de entender, lo que puede resultar en una angustia significativa como resultado de la barrera de comunicación en el contexto de una cognición comparativamente intacta. La enfermedad motora avanzada afecta gravemente la marcha con

ataxia progresiva. Con el tiempo, los individuos dejan de caminar. La enfermedad motora en etapa terminal afecta el control motor de la alimentación y la deglución, lo que suele contribuir de manera importante a la muerte del individuo por neumonía por aspiración.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Genéticos y fisiológicos. La base genética de la enfermedad de Huntington es una expansión autosómica dominante totalmente penetrante del trinucleótido CAG, a menudo denominado repetición CAG en el gen de la Huntingtina. Una duración de repeticiones de 40 o más se asocia invariablemente con la enfermedad de Huntington, mientras que las repeticiones más largas se asocian con una edad temprana de inicio. Una longitud de repetición CAG en el rango de 36 a 39 se considera parcialmente penetrante, lo que significa que esta longitud podría o no conducir a la enfermedad de Huntington. Si la enfermedad de Huntington ocurre con repeticiones de duración en este rango, se asocia más a menudo con un inicio en una etapa tardía de la vida (diagnóstico después de los 70 años).

Machine Translated by Google

Marcadores de diagnóstico

Las pruebas genéticas son la prueba de laboratorio principal para la determinación de la enfermedad de Huntington, que es un trastorno autosómico dominante con penetrancia completa. Se observa que el trinucleótido CAG tiene una expansión repetida en el gen que codifica la proteína Huntingtina en el cromosoma 4. El diagnóstico de la enfermedad de Huntington no se realiza en presencia de la expansión del gen únicamente, sino que el diagnóstico se realiza sólo después de que los síntomas motores se manifiestan. Algunas personas con antecedentes familiares positivos solicitan pruebas genéticas en una etapa presintomática. Las características asociadas también pueden incluir cambios en las imágenes neurológicas; Es bien sabido que se produce pérdida de volumen en los ganglios basales, en particular en el núcleo caudado y el putamen, y que progresa a lo largo del curso de la enfe

Se han observado otros cambios estructurales y funcionales en las imágenes del cerebro, pero siguen siendo investigados. medidas.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas En la enfermedad de

Huntington, se ha documentado bien un riesgo elevado de suicidio en comparación con la población general. Una revisión de la literatura y un informe de datos de un gran estudio observacional encontraron que el suicidio se encuentra entre las principales causas de muerte en la enfermedad de Huntington. El riesgo elevado de pensamientos suicidas en la enfermedad de Huntington se ha demostrado en personas diagnosticadas tanto antes como después de manifestar los síntomas motores de la enfermedad de Huntington. Los factores de riesgo de pensamientos suicidas incluyen síntomas depresivos, ansiedad, irritabilidad, psicosis y apatía, lo que enfatiza la importancia de tratar los síntomas depresivos y evaluar los pensamientos suicidas durante el seguimiento clínico. Un gran estudio de cohorte europeo sobre la enfermedad de Huntington encontró de manera similar que las causas más frecuentes de muerte fueron la neumonía (19,5%), otras infecciones (6,9%) y el suicidio (6,6%).

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington

En la fase prodrómica de la enfermedad y en

el momento del diagnóstico temprano, el declive ocupacional es más común y la mayoría de las personas informan cierta pérdida de capacidad para realizar su trabajo típico. Los aspectos emocionales, conductuales y cognitivos de la enfermedad de Huntington, como la desinhibición y los cambios de personalidad, están altamente asociados con el deterioro funcional. Los déficits cognitivos que más contribuyen al deterioro funcional pueden incluir la velocidad de procesamiento, la iniciación y la atención, más que el deterioro de la memoria. Dado que la enfermedad de Huntington se inicia en años productivos de la vida, puede tener un efecto muy perjudicial en el desempeño en el entorno laboral, así como en la vida social, la vida familiar y aspectos importantes del funcionamiento diario, como conducir. A medida que la enfermedad avanza, la discapacidad debida a problemas como

la marcha deteriorada, la disartria y las conductas impulsivas o irritables pueden aumentar sustancialmente el nivel de deterioro y las necesidades de atención diaria, además de las necesidades de atención atribuibles al deterioro cognitivo. Los movimientos coreicos intensos pueden interferir sustancialmente con la prestación de cuidados como bañarse, vestirse e ir al baño.

Diagnóstico diferencial

Machine Translated by Google

Otros trastornos mentales. Los primeros síntomas de la enfermedad de Huntington pueden incluir inestabilidad del estado de ánimo, irritabilidad o conductas compulsivas que pueden sugerir otro trastorno mental. Sin embargo, las pruebas genéticas o el desarrollo de síntomas motores permitirán distinguir la presencia de la enfermedad de Huntington. En tales casos, si los síntomas del estado de ánimo son un foco de atención clínica, pueden estar indicados por un diagnóstico adicional de trastorno depresivo debido a la enfermedad de Huntington, con características depresivas.

Otros trastornos neurocognitivos. Los primeros síntomas de la enfermedad de Huntington, en particular los síntomas de disfunción ejecutiva y alteración de la velocidad psicomotora, pueden parecerse a otros trastornos neurocognitivos (ENT), como las ENT vasculares mayores o leves.

Otros trastornos del movimiento. La enfermedad de Huntington también debe diferenciarse de otros trastornos o afecciones asociados con la corea, como la enfermedad de Wilson, la discinesia tardía inducida por fármacos, la corea de Sydenham, el lupus eritematoso sistémico o la corea senil. En raras ocasiones, los individuos pueden presentar un curso similar al de la enfermedad de Huntington pero sin pruebas genéticas positivas; esto se considera una fenocopia de la enfermedad de Huntington que resulta de una variedad de factores genéticos potenciales.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a otro Condición médica

Criterios de diagnóstico

R. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. Existe evidencia a partir de la anamnesis, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que el trastorno neurocognitivo es la consecuencia fisiopatológica de otra afección médica (p. ej., esclerosis múltiple).

C. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor) u otro trastorno neurocognitivo específico (p. ej., trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer).

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en las páginas 682 y 683): Para el trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, con alteración del comportamiento, codifique primero la otra afección médica, seguida del trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, con alteración del comportamiento (p. ej., G35 esclerosis múltiple, F02.81 trastorno neurocognitivo mayor debido a esclerosis múltiple, con alteración del comportamiento).

Para el trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, sin alteración del comportamiento, codifique primero la otra afección médica, seguida del trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, sin alteración del comportamiento (p. ej., G35 esclerosis múltiple, F02.80 trastorno neurocognitivo mayor debido a hasta esclerosis múltiple, sin alteración del comportamiento).

Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderada" y "grave" no pueden codificarse para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así deben registrarse.

Machine Translated by Google

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a otra afección médica, codifique G31.84.
(Nota: no utilice el código adicional para la otra afección médica. “Con alteración del comportamiento” y “sin alteración del comportamiento” no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse).

Para trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a otra afección médica: utilice códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a otra afección médica (p. ej., F06.32 trastorno depresivo debido a esclerosis múltiple, con episodio similar a una depresión mayor).

Características diagnósticas

Varias afecciones médicas pueden causar trastornos neurocognitivos (ENT) distintas de aquellas etiologías específicas (p. ej., enfermedad de Alzheimer) ya incluidas en conjuntos de criterios de ENT anteriores en este capítulo. Estas afecciones incluyen lesiones estructurales (p. ej., tumores cerebrales primarios o secundarios, hematoma subdural, hidrocefalia de presión normal o de progresión lenta), hipoxia relacionada con hipoperfusión por insuficiencia cardíaca, afecciones endocrinas (p. ej., hipotiroidismo, hipercalcemia, hipoglucemia), condiciones nutricionales (p. ej. , deficiencias de tiamina o niacina), otras afecciones infecciosas (p. ej., neurosífilis, criptococosis), trastornos inmunitarios (p. ej., arteritis temporal, lupus eritematoso sistémico), insuficiencia hepática o renal, afecciones metabólicas (p. ej., enfermedad de Kufs, adrenoleucodistrofia, leucodistrofia metacromática , otras enfermedades acumulativas de la edad adulta y la infancia) y otras afecciones neurológicas (p. ej., epilepsia, esclerosis múltiple). Las causas inusuales de lesión del sistema nervioso central, como shock eléctrico o radiación intracraneal, generalmente son evidentes a partir de la anamnesis. La asociación temporal entre el inicio o la exacerbación de la afección médica y el desarrollo del déficit cognitivo ofrece el mayor apoyo de que la ENT es una consecuencia fisiopatológica de la afección médica. La certeza diagnóstica con respecto a esta relación puede aumentar si los déficits neurocognitivos mejoran parcialmente o se estabilizan en el contexto del tratamiento de la afección médica.

Desarrollo y evolución

Normalmente, la evolución de la ENT progresa de una manera proporcional a la progresión de la afección médica subyacente. En circunstancias en las que la afección médica es tratable (p. ej., hipotiroidismo), el déficit neurocognitivo puede mejorar o al menos no progresar. Cuando la afección médica tiene un curso deteriorante (p. ej., esclerosis múltiple secundaria progresiva), los déficits neurocognitivos progresarán junto con el curso temporal de la enfermedad.

Marcadores de diagnóstico

El examen físico asociado, los hallazgos de laboratorio y otras características clínicas dependen de la naturaleza y gravedad de la afección médica.

Diagnóstico diferencial

Otro trastorno neurocognitivo mayor o leve. La presencia de una afección médica atribuible no excluye por completo la posibilidad de otro tipo etiológico de ENT grave o leve. si cognitivo

Machine Translated by Google

Si los déficits persisten después de un tratamiento exitoso de una afección médica asociada, entonces otra etiología puede ser responsable del deterioro cognitivo.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a múltiples Etiologías

Criterios de diagnóstico

R. Se cumplen los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. Existe evidencia a partir de la anamnesis, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que el trastorno neurocognitivo es la consecuencia fisiopatológica de más de un proceso etiológico, excluyendo sustancias (p. ej., trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Alzheimer con desarrollo posterior de un trastorno neurocognitivo vascular).

Nota: Consulte los criterios de diagnóstico para los diversos trastornos neurocognitivos debidos a afecciones médicas específicas como guía para establecer las etiologías particulares.

C. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental y no ocurren exclusivamente durante el curso de un delirio.

Nota de codificación (consulte la tabla de codificación en las

páginas 682 y 683): para el trastorno neurocognitivo importante debido a etiologías múltiples, codifique primero todas las afecciones médicas etiológicas (con excepción de la enfermedad vascular, que no está codificada), seguida de F02. 81 por trastorno neurocognitivo mayor por múltiples etiologías, con alteración del comportamiento; o F02.80 para trastorno neurocognitivo mayor debido a múltiples etiologías, sin alteración del comportamiento.

Si la enfermedad vascular se encuentra entre las múltiples afecciones médicas etiológicas, codifique a continuación F01.51 para trastorno neurocognitivo vascular importante, con alteración del comportamiento; o F01.50 para trastorno neurocognitivo vascular mayor, sin alteración del comportamiento. Nota: Los especificadores de gravedad "leve", "moderada" y "grave" no pueden codificarse para el trastorno neurocognitivo mayor, pero aun así deben registrarse.

Por ejemplo, para una presentación de un trastorno neurocognitivo importante, moderado, con un trastorno del comportamiento, que se considera debido a la enfermedad de Alzheimer, enfermedad vascular e infección por VIH, y en el que se considera que el consumo crónico excesivo de alcohol es un factor contribuyente, codifique lo siguiente: G30.9 Enfermedad de Alzheimer, B20 Infección por VIH; F02.81 trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer y la infección por VIH, moderado, con alteración del comportamiento; F01.51 trastorno neurocognitivo vascular mayor, moderado, con alteración del comportamiento; y F10.27 trastorno grave por consumo de alcohol con trastorno neurocognitivo mayor inducido por alcohol, moderado, de tipo no amnésico-confabulatorio.

Machine Translated by Google

Para el trastorno neurocognitivo leve debido a múltiples etiologías, codifique G31.84. (Nota: no utilice códigos adicionales para las etiologías. “Con alteración del comportamiento” y “sin alteración del comportamiento” no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse) .

Para trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a múltiples etiologías: utilice códigos adicionales para indicar síntomas psiquiátricos clínicamente significativos debido a diversas etiologías (p. ej., F06.2 trastorno psicótico debido a la enfermedad de Alzheimer, con delirios; F06.31 trastorno depresivo debido a a enfermedad cerebrovascular, con rasgos depresivos).

Esta categoría se incluye para cubrir la presentación clínica de un trastorno neurocognitivo (ENT) para el cual existe evidencia de que múltiples afecciones médicas han desempeñado un papel probable en el desarrollo de la ENT. Además de la evidencia indicativa de la presencia de múltiples afecciones médicas que se sabe que causan ENT (es decir, hallazgos de la anamnesis y el examen físico y hallazgos de laboratorio), puede ser útil consultar los criterios de diagnóstico y el texto de las diversas enfermedades médicas. etiologías (p. ej., ENT debidas a la enfermedad de Parkinson) para obtener más información sobre cómo establecer la conexión etiológica para esa afección médica en particular.

Trastorno neurocognitivo no especificado

R41.9

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno neurocognitivo que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos neurocognitivos. . La categoría de trastorno neurocognitivo no especificado se utiliza en situaciones en las que no se puede determinar la etiología precisa con suficiente certeza para hacer una atribución etiológica.

Nota de codificación: para trastorno neurocognitivo leve o mayor no especificado, codifique R41.9.
(Nota: No utilice códigos adicionales para ninguna condición médica presuntamente etiológica.
“Con alteración del comportamiento” y “sin alteración del comportamiento” no se pueden codificar, pero aun así deben registrarse).

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Desorden de personalidad

Este capítulo comienza con una definición general de trastorno de personalidad que se aplica a cada uno de los 10 trastornos de personalidad específicos. Un trastorno de la personalidad es un patrón duradero de experiencia interna y comportamiento que se desvía marcadamente de las normas y expectativas de la cultura del individuo, es generalizado e inflexible, comienza en la adolescencia o la edad adulta temprana, es estable en el tiempo y conduce a angustia o deterioro. .

En cualquier proceso de revisión en curso, especialmente uno de esta complejidad, surgen diferentes puntos de vista y se hizo un esfuerzo para acomodarlos. Así, los trastornos de la personalidad se incluyen tanto en las Secciones II como en la III. El material de la Sección II representa una actualización del texto asociado con los mismos criterios encontrados en el DSM-5 (que fueron transferidos del DSM-IV-TR), mientras que la Sección III incluye el modelo propuesto para el diagnóstico y conceptualización de los trastornos de la personalidad desarrollado por el DSM. -5 Grupo de Trabajo de Personalidad y Trastornos de la Personalidad. A medida que este campo evolucione, se espera que ambas versiones sirvan para la práctica clínica y las iniciativas de investigación, respectivamente.

Los siguientes trastornos de la personalidad se incluyen en este capítulo.

- El trastorno de personalidad paranoide es un patrón de desconfianza y suspicacia tal que los motivos de los demás se interpretan como malévolo.
- El trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón de desapego de las relaciones sociales y un rango restringido de expresión emocional.
- El trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón de malestar agudo en las relaciones cercanas, distorsiones cognitivas o perceptivas, y excentricidades del comportamiento.
- El trastorno de personalidad antisocial es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás, criminalidad, impulsividad y falta de aprendizaje de la experiencia.
- El trastorno límite de la personalidad es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una marcada impulsividad.
- El trastorno histriónico de la personalidad es un patrón de excesiva emocionalidad y búsqueda de atención.
- El trastorno narcisista de la personalidad es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
- El trastorno de personalidad por evitación es un patrón de inhibición social, sentimientos de insuficiencia e hipersensibilidad a las emociones negativas. evaluación.
- El trastorno de personalidad dependiente es un patrón de comportamiento sumiso y aferrado relacionado con una necesidad excesiva de ser tomado. cuidado de.
- El trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.
- El cambio de personalidad debido a otra afección médica es una alteración persistente de la personalidad que se considera la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica (p. ej., lesión del lóbulo frontal).
- Otro trastorno de personalidad especificado es una categoría prevista para dos situaciones: 1) el patrón de personalidad del individuo cumple

Machine Translated by Google

están presentes los criterios generales para un trastorno de la personalidad y rasgos de varios trastornos de la personalidad diferentes, pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno de la personalidad específico; o 2) el patrón de personalidad del individuo cumple con los criterios generales para un trastorno de personalidad, pero se considera que el individuo tiene un trastorno de personalidad que no está incluido en la clasificación del DSM-5 (p. ej., trastorno de personalidad pasivo-agresivo). El trastorno de personalidad no especificado es para presentaciones en las que están presentes síntomas característicos de un trastorno de personalidad pero no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Los trastornos de la personalidad se agrupan en tres grupos según similitudes descriptivas. El grupo A incluye trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico. Las personas con estos trastornos suelen parecer extrañas o excéntricas. El grupo B incluye trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista. Las personas con estos trastornos suelen parecer dramáticas, emocionales o erráticas. El grupo C incluye trastornos de personalidad evitativos, dependientes y obsesivo-compulsivos. Las personas con estos trastornos suelen parecer ansiosas o temerosas. Cabe señalar que este sistema de agrupamiento, aunque útil en algunas situaciones educativas y de investigación, tiene serias limitaciones y no ha sido validado consistentemente. Por ejemplo, dos o más trastornos de diferentes grupos, o rasgos de varios de ellos, a menudo pueden coexistir y variar en intensidad y omnipresencia.

Una revisión de estudios epidemiológicos de varios países encontró una prevalencia media del 3,6% para los trastornos del grupo A, del 4,5% para el grupo B, del 2,8% para el grupo C y del 10,5% para cualquier trastorno de la personalidad. La prevalencia parece variar entre países y según el grupo étnico, lo que plantea interrogantes sobre la verdadera variación intercultural y sobre el impacto de diversas definiciones e instrumentos de diagnóstico en las evaluaciones de prevalencia.

Modelos dimensionales para los trastornos de la personalidad El enfoque diagnóstico utilizado en este manual representa la perspectiva categórica de que los trastornos de la personalidad son síndromes clínicos cualitativamente distintos. Una alternativa al enfoque categórico es la perspectiva dimensional de que los trastornos de la personalidad representan variantes desadaptativas de rasgos de personalidad que se fusionan imperceptiblemente con la normalidad y entre sí. Consulte la Sección III para obtener una descripción completa de un modelo dimensional para los trastornos de la personalidad.
Los grupos de trastornos de la personalidad del DSM-5 (es decir, extraño-excéntrico, dramático-emocional y ansioso-temeroso) también pueden verse como dimensiones que representan espectros de disfunción de la personalidad en un continuo con otros trastornos mentales. Los modelos dimensionales alternativos tienen mucho en común y juntos parecen cubrir áreas importantes de disfunción de la personalidad. Su integración, utilidad clínica y relación con las categorías diagnósticas de los trastornos de la personalidad y diversos aspectos de la disfunción de la personalidad continúan siendo objeto de investigación activa. Esto incluye investigaciones sobre si el modelo dimensional puede aclarar las variaciones de prevalencia intercultural observadas con el modelo categórico.

Trastorno general de la personalidad

Machine Translated by Google

Criterios

A. Un patrón duradero de experiencia interna y comportamiento que se desvía marcadamente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas: 1. Cognición (es

decir, formas de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a otros). eventos).

2. Afectividad (es decir, el alcance, la intensidad, la labilidad y la idoneidad de las emociones) respuesta).

3. Funcionamiento interpersonal.

4. Control de impulsos.

B. El patrón duradero es inflexible y omnipresente en una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. El patrón duradero conduce a malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al comienzo de la edad adulta.

E. El patrón duradero no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón duradero no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico).

Características diagnósticas

Los rasgos de personalidad son patrones duraderos de percepción, relación y pensamiento sobre el entorno y sobre uno mismo que se exhiben en una amplia gama de contextos sociales y personales. Sólo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o malestar subjetivo, constituyen trastornos de la personalidad. La característica esencial de un trastorno de la personalidad es un patrón duradero de experiencia interna y comportamiento que se desvía marcadamente de las normas y expectativas de la cultura del individuo y se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal o control de impulsos. (Criterio A). Este patrón duradero es inflexible y omnipresente en una amplia gama de situaciones personales y sociales (Criterio B) y conduce a malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al inicio de la edad adulta (Criterio D). El patrón no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental (Criterio E) y no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, la exposición a una toxina) u otra

Machine Translated by Google

condición médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico) (Criterio F). También se proporcionan criterios de diagnóstico específicos para cada uno de los trastornos de la personalidad incluidos en este capítulo.

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de funcionamiento a largo plazo del individuo, y las características particulares de la personalidad deben ser evidentes al comienzo de la edad adulta. Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos también deben distinguirse de las características que surgen en respuesta a factores estresantes situacionales específicos o estados mentales más transitorios (p. ej., trastornos bipolares, depresivos o de ansiedad; intoxicación por sustancias). El médico debe evaluar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones. Aunque a veces una sola entrevista con el individuo es suficiente para hacer el diagnóstico, a menudo es necesario realizar más de una entrevista y espaciarlas en el tiempo. La evaluación también puede complicarse por el hecho de que las características que definen un trastorno de la personalidad pueden no ser consideradas problemáticas por el individuo (es decir, los rasgos son a menudo egosintónicos). Para ayudar a superar esta dificultad, puede resultar útil información complementaria de otros informantes.

Desarrollo y evolución Las características de un trastorno de la personalidad suelen volverse reconocibles durante la adolescencia o los primeros años de la vida adulta. Por definición, un trastorno de la personalidad es un patrón duradero de pensamiento, sentimiento y comportamiento que es relativamente estable en el tiempo. Algunos tipos de trastorno de la personalidad (en particular, los trastornos antisociales y límite de la personalidad) tienden a volverse menos evidentes o a remitir con la edad, mientras que esto parece ser menos cierto para otros tipos (p. ej., los trastornos de personalidad obsesivo-compulsivo y esquizotípico).

Las categorías de trastornos de la personalidad pueden aplicarse a niños o adolescentes en aquellos casos relativamente inusuales en los que los rasgos de personalidad desadaptativos particulares del individuo parecen ser omnipresentes, persistentes y es poco probable que se limiten a un individuo en particular.

etapa de desarrollo o atribuible a otro trastorno mental. Debe reconocerse que los rasgos de un trastorno de la personalidad que aparecen en la infancia a menudo no persisten sin cambios hasta la vida adulta. Para que se diagnostique un trastorno de la personalidad en un individuo menor de 18 años, las características deben haber estado presentes durante al menos 1 año. La única excepción a esto es el trastorno de personalidad antisocial, que no puede diagnosticarse en personas menores de 18 años. Aunque, por definición, un trastorno de la personalidad requiere que comience a más tardar en la edad adulta temprana, es posible que los individuos no reciban atención clínica hasta una edad relativamente avanzada en la vida. Un trastorno de la personalidad puede exacerbarse tras la pérdida de personas de apoyo significativas (p. ej., un cónyuge) o situaciones sociales previamente estabilizadoras (p. ej., un trabajo). Sin embargo, el desarrollo de un cambio de personalidad en la edad adulta media o en una etapa posterior de la vida justifica una evaluación exhaustiva para determinar la posible presencia de un cambio de personalidad debido a otra afección médica o un trastorno por uso de sustancias no reconocido.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura Los aspectos centrales de la personalidad, como la regulación de las emociones y el funcionamiento interpersonal, están influenciados por la cultura, que también proporciona medios de protección y asimilación y normas para la aceptación y denuncia de comportamientos y rasgos de personalidad específicos. Juicios sobre la personalidad

Machine Translated by Google

El funcionamiento debe tener en cuenta el origen étnico, cultural y social del individuo.
Los trastornos de la personalidad no deben confundirse con problemas asociados con la aculturación después de la migración o con la expresión de hábitos, costumbres o valores religiosos y políticos basados en el contexto o origen cultural del individuo. Los patrones de comportamiento que parecen ser aspectos rígidos y disfuncionales del trastorno de la personalidad pueden reflejar, en cambio, respuestas adaptativas a limitaciones culturales. Por ejemplo, la dependencia de una relación abusiva en una comunidad pequeña donde el divorcio está prohibido puede no reflejar una dependencia patológica; Una protesta política consciente que pone a amigos y familiares en riesgo ante las autoridades o en conflicto con las normas legales no necesariamente refleja una insensibilidad patológica. Existen marcadas variaciones en el reconocimiento y diagnóstico de los trastornos de la personalidad entre grupos culturales, étnicos y racializados.
La precisión del diagnóstico puede mejorarse prestando atención a las concepciones culturalmente modeladas del yo y del apego, los sesgos de evaluación resultantes de los propios antecedentes culturales de los médicos o el uso de instrumentos de diagnóstico que no están normalizados para la población que se está evaluando, y el impacto de los determinantes sociales como la pobreza. , estrés aculturativo, racismo y discriminación en sentimientos, cogniciones y comportamientos. Es útil para el médico, especialmente cuando evalúa a alguien con antecedentes diferentes, obtener información adicional de informantes que estén familiarizados con los antecedentes culturales de la persona.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Ciertos trastornos de la personalidad (p. ej., el trastorno de personalidad antisocial) se diagnostican con mayor frecuencia en los hombres. Otros (p. ej., trastornos de personalidad límite, histriónico y dependiente) se diagnostican con mayor frecuencia en mujeres; sin embargo, en el caso del trastorno límite de la personalidad, esto puede deberse a una mayor búsqueda de ayuda entre las mujeres. No obstante, los médicos deben tener cuidado de no sobrediagnosticar o subdiagnosticar ciertos trastornos de la personalidad en mujeres o en hombres debido a estereotipos sociales sobre los roles y comportamientos típicos de género. Actualmente no hay evidencia suficiente sobre las diferencias entre personas cis y transgénero con respecto a la epidemiología o las presentaciones clínicas de los trastornos de la personalidad para sacar conclusiones significativas.

Diagnóstico Diferencial Otros trastornos mentales y rasgos de personalidad.

Muchos de los criterios específicos para los trastornos de la personalidad describen rasgos (p. ej., suspicacia, dependencia, insensibilidad) que también son característicos de episodios de otros trastornos mentales. Un trastorno de la personalidad debe

diagnosticarse sólo cuando las características definitorias aparecieron antes de la edad adulta temprana, son típicas del funcionamiento a largo plazo del individuo y no ocurren exclusivamente durante un episodio de otro trastorno mental. Puede resultar particularmente difícil (y no particularmente útil) distinguir los trastornos de la personalidad de los trastornos mentales persistentes, como el trastorno depresivo persistente, que tienen un inicio temprano y un curso duradero y relativamente estable. Algunos trastornos de la personalidad pueden tener una relación de “espectro” con otros trastornos mentales (p. ej., trastorno esquizotípico de la personalidad con esquizofrenia; trastorno de la personalidad por evitación con trastorno de ansiedad social) basada en similitudes fenomenológicas o biológicas o agregación familiar.

Los trastornos de la personalidad deben distinguirse de los rasgos de personalidad que no alcanzan el

Machine Translated by Google

umbral para un trastorno de la personalidad. Los rasgos de personalidad se diagnostican como trastorno de la personalidad sólo cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes y causan un deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

Desórdenes psicóticos. Para los tres trastornos de personalidad que pueden estar relacionados con los trastornos psicóticos (es decir, paranoico, esquizoide y esquizotípico), existe un criterio de exclusión que establece que el patrón de conducta no debe haber ocurrido exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo. trastorno con características psicóticas u otro trastorno psicótico. Cuando un individuo tiene un trastorno mental persistente (p. ej., esquizofrenia) que fue precedido por un trastorno de personalidad preexistente, también se debe registrar el trastorno de personalidad, seguido de "premórbido" entre paréntesis.

Ansiedad y trastornos depresivos. El médico debe ser cauteloso al diagnosticar trastornos de la personalidad durante un episodio de un trastorno depresivo o de un trastorno de ansiedad, porque estas afecciones pueden tener características sintomáticas transversales que imitan rasgos de personalidad y pueden hacer más difícil evaluar retrospectivamente los patrones a largo plazo del individuo. de funcionamiento.

Trastorno de estrés postraumático. Cuando los cambios de personalidad surgen y persisten después de que un individuo ha estado expuesto a un estrés extremo, se debe considerar un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático.

Trastornos por uso de sustancias. Cuando un individuo tiene un trastorno por consumo de sustancias, es importante no hacer un diagnóstico de trastorno de la personalidad basado únicamente en conductas que sean consecuencias de la intoxicación o abstinencia de sustancias o que estén asociadas con actividades al servicio del mantenimiento del consumo de sustancias (p. ej., conducta antisocial). .

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. Cuando surgen cambios duraderos en la personalidad como resultado de los efectos fisiológicos de otra afección médica (p. ej., un tumor cerebral), se debe considerar un diagnóstico de cambio de personalidad debido a otra afección médica.

Trastornos de la personalidad del grupo A

Trastorno de personalidad paranoide

Criterios de diagnóstico F60.0

A. Una desconfianza y desconfianza generalizadas hacia los demás, de modo que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes:

1. Sospeche, sin fundamento suficiente, que otros lo están explotando, dañando o engañando.

Machine Translated by Google

2. Está preocupado por dudas injustificadas sobre la lealtad o confiabilidad de amigos o asociados.

3. Se muestra reacio a confiar en los demás debido a un temor injustificado de que el información será utilizada maliciosamente en su contra.

4. Lee significados ocultos degradantes o amenazantes en comentarios benignos o eventos.

5. Guarda rencores persistentemente (es decir, no perdona insultos, injurias o desaires).

6. Percibe ataques a su carácter o reputación que no son evidentes para los demás y reacciona rápidamente con enojo o contraataca.

7. Tiene sospechas recurrentes, sin justificación, sobre la fidelidad de su cónyuge o pareja sexual.

B. No ocurre exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico y no es atribuible a los efectos fisiológicos de otra condición médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de la esquizofrenia, agregue "premórbido", es decir, "trastorno de personalidad paranoide (premórbido)".

Características diagnósticas La característica esencial del trastorno de personalidad paranoide es un patrón de desconfianza y desconfianza generalizadas hacia los demás, de modo que sus motivos se interpretan como malévolos. Este patrón comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos.

Las personas con este trastorno asumen que otras personas los explotarán, dañarán o engañarán, incluso si no existe evidencia que respalde esta expectativa (Criterio A1). Sospechan, basándose en poca o ninguna evidencia, que otros están conspirando contra ellos y pueden atacarlos repentinamente, en cualquier momento y sin motivo. A menudo sienten que han sido heridos profunda e irreversiblemente por otra persona o personas incluso cuando no hay evidencia objetiva de ello. Están preocupados por dudas injustificadas sobre la lealtad o confiabilidad de sus amigos y asociados, cuyas acciones son examinadas minuciosamente en busca de evidencia de intenciones hostiles (Criterio A2). Cualquier desviación percibida de la confiabilidad o la lealtad sirve para respaldar sus supuestos subyacentes. Se sorprenden tanto cuando un amigo o asociado muestra lealtad que no pueden confiar ni creerlo. Si se meten en problemas, esperan que sus amigos y asociados los ataquen o los ignoren.

Las personas con trastorno de personalidad paranoide son reacias a confiar en otras personas o acercarse a ellas porque temen que la información que comparten sea utilizada en su contra (Criterio A3).
Es posible que se nieguen a responder preguntas personales, diciendo que la información "no es asunto de nadie". Interpretan significados ocultos que son degradantes y amenazantes en comentarios o acontecimientos benignos (Criterio A4). Por ejemplo, una persona con este trastorno puede malinterpretar un error honesto cometido por un empleado de una tienda como un intento deliberado de estafar, o ver un comentario humorístico casual de un compañero de trabajo como un ataque grave al carácter. Los elogios a menudo se malinterpretan (p. ej., un elogio por una nueva adquisición se malinterpreta como una crítica por egoísmo; un elogio por un logro se malinterpreta como un intento de exigir un mayor y mejor desempeño). Es posible que vean una oferta de ayuda como una crítica de que no lo están haciendo lo suficientemente bien por sí mismos.

Machine Translated by Google

Las personas con este trastorno guardan rencores de manera persistente y no están dispuestos a perdonar los insultos, injurias o desaires que creen haber recibido (Criterio A5). Los desaires menores despiertan una hostilidad mayor, y los sentimientos hostiles persisten durante mucho tiempo. Debido a que están constantemente atentos a las intenciones dañinas de los demás, muy a menudo sienten que su carácter o su reputación han sido atacados o que han sido menospreciados de alguna otra manera. Contraatacan rápidamente y reaccionan con ira ante los insultos percibidos (Criterio A6). Las personas con este trastorno pueden tener celos patológicos y a menudo sospechan que su cónyuge

o pareja sexual le es infiel sin ninguna justificación adecuada (Criterio A7). Pueden reunir “pruebas” triviales y circunstanciales para respaldar sus creencias celosas. Quieren mantener un control total de las relaciones íntimas para evitar ser traicionados y pueden cuestionar y cuestionar constantemente el paradero, las acciones, las intenciones y la fidelidad de su cónyuge o pareja.

El trastorno de personalidad paranoide no debe diagnosticarse si el patrón de conducta se produce exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico, o si es atribuible a los efectos fisiológicos de un trastorno neurológico (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal) u otra afección médica (Criterio B).

Funciones asociadas

Por lo general, es difícil llevarse bien con las personas con trastorno de personalidad paranoide y, a menudo, tienen problemas con las relaciones cercanas. Su excesiva desconfianza y hostilidad pueden expresarse en abierta argumentación, en quejas recurrentes o en un distanciamiento hostil. Muestran una gama lábil de afectos, predominando expresiones hostiles, obstinadas y sarcásticas.
Su naturaleza combativa y suspicaz puede provocar una respuesta hostil en los demás, que luego sirve para confirmar sus expectativas originales.

Debido a que las personas con trastorno de personalidad paranoide carecen de confianza en los demás, necesitan tener un alto grado de control sobre quienes los rodean. A menudo son rígidos, críticos con los demás e incapaces de colaborar, aunque ellos mismos tienen grandes dificultades para aceptar las críticas. Pueden culpar a otros por sus propios defectos. Debido a su rapidez para contraatacar en respuesta a las amenazas que perciben a su alrededor, pueden ser litigiosos y con frecuencia verse involucrados en disputas legales. Los individuos con este trastorno buscan confirmar sus nociones negativas preconcebidas sobre las personas o situaciones que encuentran, atribuyendo a otros motivaciones malévolas que son proyecciones de sus propios miedos. Pueden exhibir fantasías grandiosas poco realistas y apenas ocultas, a menudo están en sintonía con cuestiones de poder y rango, y tienden a desarrollar estereotipos negativos de los demás, particularmente aquellos de grupos de población distintos del suyo.
Atraídos por formulaciones simplistas del mundo, a menudo desconfían de las situaciones ambiguas. Pueden ser percibidos como “fanáticos” y formar “cultos” o grupos muy unidos con otros que comparten sus sistemas de creencias paranoicos.

Predominio

La prevalencia estimada de personalidad paranoica basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II

Machine Translated by Google

de Réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 2,3%. La prevalencia del trastorno de personalidad paranoide en la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 4,4%. Una revisión de seis estudios epidemiológicos (cuatro en Estados Unidos) encontró una prevalencia media del 3,2%. En entornos forenses, la prevalencia estimada puede llegar al 23%.

Desarrollo y evolución El trastorno de

personalidad paranoide puede manifestarse por primera vez en la niñez y la adolescencia con soledad, malas relaciones con los compañeros, ansiedad social, bajo rendimiento escolar e hipersensibilidad interpersonal. La aparición del trastorno de personalidad paranoide en la adolescencia se asocia con antecedentes de maltrato infantil, síntomas de externalización, acoso de compañeros y apariencia adulta de agresión interpersonal.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La exposición a factores estresantes sociales como la desigualdad socioeconómica, la marginación y el racismo se asocia con una menor confianza, que en algunos casos es adaptativa.

La combinación de estrés social y maltrato infantil explica la mayor prevalencia de síntomas paranoicos en grupos sociales que enfrentan discriminación racial. Tanto los estudios longitudinales como los transversales confirman que el trauma infantil es un factor de riesgo para el trastorno de personalidad paranoide.

Genético y fisiológico. Existe cierta evidencia de una mayor prevalencia del trastorno de personalidad paranoide en familiares de probandos con esquizofrenia y de una relación familiar más específica con el trastorno delirante de tipo persecutorio.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Algunas conductas que están influenciadas por contextos socioculturales o circunstancias de vida específicas pueden etiquetarse erróneamente como paranoicas e incluso pueden verse reforzadas por el proceso de evaluación clínica. Los migrantes, los miembros de poblaciones étnicas y racializadas socialmente oprimidas y otros grupos que enfrentan adversidad social, racismo y discriminación pueden mostrar comportamientos cautelosos o defensivos debido a su desconocimiento (por ejemplo, barreras idiomáticas o falta de conocimiento de reglas y regulaciones) o en respuesta a la negligencia, hostilidad o indiferencia de la sociedad mayoritaria. Algunos grupos culturales desarrollan una baja confianza generalizada, especialmente hacia los miembros del exogrupo, lo que puede conducir a comportamientos que pueden juzgarse erróneamente como paranoicos. Estos incluyen cautela, emocionalidad exterior limitada, rigidez cognitiva, distancia social y hostilidad o actitud defensiva en situaciones vividas como injustas o discriminatorias. Estos comportamientos pueden, a su vez, generar ira y frustración en otros, incluidos los médicos, estableciendo así un círculo vicioso de desconfianza mutua, que no debe confundirse con rasgos paranoicos o trastorno paranoide de la personalidad.

Problemas de diagnóstico relacionados con el sexo y el género

Si bien en un metanálisis basado en muestras clínicas y comunitarias se encontró que el trastorno de personalidad paranoide era más común en hombres que en mujeres, la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre

Machine Translated by Google

El alcohol y las condiciones relacionadas encontraron que era más común en las mujeres.

Diagnóstico diferencial Otros trastornos mentales con síntomas psicóticos. El trastorno de personalidad paranoide se puede distinguir del trastorno delirante, de tipo persecutorio; esquizofrenia; y un trastorno bipolar o depresivo con características psicóticas porque todos estos trastornos se caracterizan por un período de síntomas psicóticos persistentes (p. ej., delirios y alucinaciones). Para realizar un diagnóstico adicional de trastorno de personalidad paranoide, el trastorno de personalidad debe haber estado presente antes de la aparición de los síntomas psicóticos y debe persistir cuando los síntomas psicóticos están en remisión. Cuando un individuo tiene otro trastorno mental persistente (p. ej., esquizofrenia) que fue precedido por un trastorno de personalidad paranoide, también se debe registrar el trastorno de personalidad paranoide, seguido de "premórbido" entre paréntesis.

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. El trastorno de personalidad paranoide debe distinguirse del cambio de personalidad debido a otra afección médica, en el que los rasgos que emergen son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.

Trastornos por uso de sustancias. El trastorno de personalidad paranoide debe distinguirse de los síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el consumo persistente de sustancias.

Rasgos paranoicos asociados con discapacidades físicas. El trastorno también debe distinguirse de los rasgos paranoides asociados con el desarrollo de discapacidades físicas (p. ej., discapacidad auditiva).

Otros trastornos de la personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno de personalidad paranoide porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene rasgos de personalidad que cumplen con los criterios de uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno de personalidad paranoide, todos pueden diagnosticarse. El trastorno de personalidad paranoide y el trastorno de personalidad esquizotípico comparten los rasgos de suspicacia, distanciamiento interpersonal e ideación paranoide, pero el trastorno de personalidad esquizotípico también incluye síntomas como pensamiento mágico, experiencias perceptuales inusuales y pensamiento y habla extraños. Los individuos con conductas que cumplen los criterios del trastorno esquizoide de la personalidad suelen ser percibidos como extraños, excéntricos, fríos y distantes, pero no suelen tener ideas paranoicas prominentes. La tendencia de los individuos con trastorno de personalidad paranoide a reaccionar ante estímulos menores con ira también se observa en los trastornos de personalidad límite e histriónicos. Sin embargo, estos trastornos no están necesariamente asociados con una suspicacia generalizada y el trastorno límite de la personalidad exhibe niveles más altos de impulsividad y comportamiento autodestructivo. Las personas con trastorno de personalidad por evitación también pueden ser reacias a confiar en los demás, pero más por miedo a ser avergonzadas o consideradas inadecuadas que por miedo a las intenciones maliciosas de los demás. Aunque el comportamiento antisocial puede estar presente en algunos individuos con trastorno de personalidad paranoide, generalmente no está motivado por un deseo de beneficio personal o de explotar a otros como en el trastorno de personalidad antisocial, sino que más a menudo es atribuible a un deseo de venganza. Las personas con trastorno narcisista de la personalidad ocasionalmente pueden mostrar desconfianza, retraimiento social o alienación, pero esto se deriva principalmente del miedo a que se revelen sus imperfecciones o defectos.

Machine Translated by Google

Los rasgos paranoicos pueden ser adaptativos, particularmente en entornos amenazantes. El trastorno de personalidad paranoide debe diagnosticarse sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes y causan un deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

Comorbilidad

Especialmente en respuesta al estrés, las personas con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos muy breves (que duran de minutos a horas). En algunos casos, el trastorno de personalidad paranoide puede aparecer como antecedente premórbido de un trastorno delirante o esquizofrenia. Las personas con trastorno de personalidad paranoide pueden desarrollar un trastorno depresivo mayor y pueden tener un mayor riesgo de sufrir agorafobia y trastorno obsesivo-compulsivo. Con frecuencia ocurren trastornos por uso de alcohol y otras sustancias. Los trastornos de personalidad concurrentes más comunes parecen ser esquizotípico, esquizoide, narcisista, evitativo y límite.

Trastorno esquizoide de la personalidad

Criterios de diagnóstico	F60.1

A. Un patrón generalizado de desapego de las relaciones sociales y un rango restringido de expresión de emociones en entornos interpersonales, que comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes: 1. Ninguno de los dos desea ni disfruta

de relaciones cercanas, incluyendo ser parte de una familia.

2. Casi siempre elige actividades solitarias.
3. Tiene poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
4. Disfruta de pocas o ninguna actividad.
5. Carece de amigos cercanos o confidentes que no sean parientes de primer grado.

6. Parece indiferente a los elogios o críticas de los demás.
7. Muestra frialdad emocional, desapego o afectividad aplanada.

B. No ocurre exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista y no es atribuible a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes de la aparición de la esquizofrenia, agregue “premórbido”, es decir, “trastorno esquizoide de la personalidad (premórbido)”.

Funciones de diagnóstico

Machine Translated by Google

La característica esencial del trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón generalizado de desapego de las relaciones sociales y una gama restringida de expresión de emociones en entornos interpersonales.
Este patrón comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos.

Los individuos con trastorno esquizoide de la personalidad parecen carecer de deseo de intimidad, parecen indiferentes a las oportunidades de desarrollar relaciones cercanas y no parecen obtener mucha satisfacción de ser parte de una familia u otro grupo social (Criterio A1). Prefieren pasar tiempo solos que estar con otras personas. A menudo parecen estar socialmente aislados o "solitarios" y casi siempre eligen actividades o pasatiempos solitarios que no incluyen la interacción con los demás (Criterio A2). Prefieren tareas mecánicas o abstractas, como juegos de ordenador o matemáticos. Es posible que tengan muy poco interés en tener experiencias sexuales con otra persona (Criterio A3) y disfruten de pocas o ninguna actividad (Criterio A4). Generalmente hay una experiencia reducida de placer proveniente de experiencias sensoriales, corporales o interpersonales, como caminar por la playa al atardecer o tener relaciones sexuales. Estos individuos no tienen amigos cercanos ni confidentes, excepto posiblemente un pariente de primer grado (Criterio A5).

Los individuos con trastorno esquizoide de la personalidad a menudo parecen indiferentes a la aprobación o crítica de los demás y no parecen preocuparse por lo que los demás puedan pensar de ellos (Criterio A6). Pueden ser ajenos a las sutilezas normales de la interacción social y a menudo no responden adecuadamente a las señales sociales, por lo que parecen socialmente ineptos o superficiales y ensimismados. Por lo general, muestran un exterior "soso" sin reactividad emocional visible y rara vez corresponden gestos o expresiones faciales, como sonrisas o asentimientos (Criterio A7). Afirman que rara vez experimentan emociones fuertes como ira y alegría. A menudo muestran un afecto restringido y parecen fríos y distantes. Sin embargo, en aquellas circunstancias muy inusuales en las que estos individuos se sienten cómodos al menos temporalmente al revelarse, pueden reconocer que tienen sentimientos dolorosos, particularmente relacionados con las interacciones sociales.

El trastorno esquizoide de la personalidad no debe diagnosticarse si el patrón de conducta se produce exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista, o si es atribuible a los efectos fisiológicos de una enfermedad neurológica. (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal) u otra afección médica (Criterio B).

Funciones asociadas

Las personas con trastorno esquizoide de la personalidad pueden tener dificultades especiales para expresar la ira, incluso en respuesta a una provocación directa, lo que contribuye a la impresión de que carecen de emoción. A veces sus vidas parecen no tener rumbo y pueden parecer "a la deriva" en sus objetivos.
Estas personas suelen reaccionar pasivamente ante circunstancias adversas y tienen dificultades para responder adecuadamente a acontecimientos importantes de la vida. Debido a su falta de habilidades sociales y de deseo de tener experiencias sexuales, las personas con este trastorno tienen pocas amistades, salen con poca frecuencia y, a menudo, no se casan. El funcionamiento ocupacional puede verse afectado, particularmente si se requiere participación interpersonal, pero a las personas con este trastorno les puede ir bien cuando trabajan en condiciones de aislamiento social.

Predominio

Machine Translated by Google

El trastorno esquizoide de la personalidad es poco común en entornos clínicos. La prevalencia estimada del trastorno esquizoide de la personalidad basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 4,9%. La prevalencia del trastorno esquizoide de la personalidad en la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 3,1%. Una revisión de seis estudios epidemiológicos (cuatro en Estados Unidos) encontró una prevalencia media del 1,3%.

Desarrollo y evolución El trastorno esquizoide de la personalidad puede manifestarse por primera vez en la niñez y la adolescencia con soledad, malas relaciones con los compañeros y bajo rendimiento escolar, lo que marca a estos niños o adolescentes como diferentes y los hace sujetos a burlas.

Factores de Riesgo y Pronóstico Genéticos y fisiológicos. El trastorno esquizoide de la personalidad puede tener una mayor prevalencia en familiares de personas con esquizofrenia o trastorno esquizotípico de la personalidad.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura Los individuos de diversos orígenes culturales a veces exhiben comportamientos defensivos y estilos interpersonales que pueden etiquetarse erróneamente como "esquizoides". Por ejemplo, quienes se han mudado de entornos rurales a metropolitanos pueden reaccionar con un “congelamiento emocional” que puede durar varios meses y manifestarse como actividades solitarias, afectos restringidos y otros déficits en la comunicación. A veces se percibe erróneamente a los inmigrantes de otros países como fríos, hostiles o indiferentes, lo que puede ser una respuesta al ostracismo social de la sociedad de acogida.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Si bien algunas investigaciones sugieren que el trastorno esquizoide de la personalidad puede ser más común en los hombres, otras investigaciones sugieren que no hay diferencia de género en la prevalencia.

Diagnóstico diferencial Otros trastornos mentales con síntomas psicóticos. El trastorno esquizoide de la personalidad se puede distinguir del trastorno delirante, la esquizofrenia y un trastorno bipolar o depresivo con características psicóticas porque todos estos trastornos se caracterizan por un período de síntomas psicóticos persistentes (p. ej., delirios y alucinaciones). Para dar un diagnóstico adicional de trastorno esquizoide de la personalidad, el trastorno de la personalidad debe haber estado presente antes de la aparición de los síntomas psicóticos y debe persistir cuando los síntomas psicóticos están en remisión. Cuando un individuo tiene un trastorno psicótico persistente (p. ej., esquizofrenia) que fue precedido por un trastorno esquizoide de la personalidad, también se debe registrar el trastorno esquizoide de la personalidad, seguido de "premórbido" entre paréntesis.

Desorden del espectro autista. Puede haber grandes dificultades para diferenciar a los individuos con trastorno esquizoide de la personalidad de los individuos con trastorno del espectro autista, particularmente con formas más leves de cualquiera de los trastornos, ya que ambos incluyen una aparente indiferencia hacia el compañerismo con los demás. Sin embargo, el trastorno del espectro autista puede diferenciarse por comportamientos e intereses estereotipados.

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. El trastorno esquizoide de la personalidad debe ser

Machine Translated by Google

Se distingue del cambio de personalidad debido a otra condición médica, en el que los rasgos que emergen son una consecuencia fisiológica directa de otra condición médica.

Trastornos por uso de sustancias. El trastorno esquizoide de la personalidad también debe distinguirse de los síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el consumo persistente de sustancias.

Otros trastornos de la personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno esquizoide de la personalidad porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene rasgos de personalidad que cumplen con los criterios de uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno esquizoide de la personalidad, todos pueden diagnosticarse. Aunque las características de aislamiento social y afectividad restringida son comunes a los trastornos de personalidad esquizoide, esquizotípico y paranoide, el trastorno de personalidad esquizoide se puede distinguir del trastorno de personalidad esquizotípico por la falta de distorsiones cognitivas y perceptuales y del trastorno de personalidad paranoide por la falta de suspicacia y paranoia. ideación. El aislamiento social del trastorno esquizoide de la personalidad se puede distinguir del del trastorno de la personalidad por evitación, que es atribuible al miedo a sentirse avergonzado o encontrado inadecuado y a una anticipación excesiva del rechazo. Por el contrario, las personas con trastorno esquizoide de la personalidad tienen un desapego más generalizado y un deseo limitado de intimidad social. Las personas con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo también pueden mostrar un aparente desapego social derivado de la devoción al trabajo y el malestar con las emociones, pero tienen una capacidad subyacente para la intimidad.

Los individuos que son “solitarios” o bastante introvertidos pueden mostrar rasgos de personalidad que podrían considerarse esquizoides, en consonancia con la conceptualización más amplia del trastorno esquizoide de la personalidad como un trastorno definido por la introversión/desapego patológico. Sólo cuando estos rasgos son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o malestar subjetivo, constituyen un trastorno esquizoide de la personalidad.

Comorbilidad

Especialmente en respuesta al estrés, las personas con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos muy breves (que duran de minutos a horas). En algunos casos, el trastorno esquizoide de la personalidad puede aparecer como antecedente premórbido de un trastorno delirante o de una esquizofrenia. Las personas con este trastorno a veces pueden desarrollar un trastorno depresivo mayor. El trastorno esquizoide de la personalidad suele coexistir con trastornos de la personalidad esquizotípicos, paranoicos y por evitación.

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Criterios de diagnóstico	F21

A. Un patrón generalizado de déficits sociales e interpersonales marcados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones cercanas, así como por

Machine Translated by Google

distorsiones cognitivas o perceptuales y excentricidades de la conducta, que comienzan en la edad adulta temprana y se presentan en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes: 1. Ideas de

referencia (excluyendo delirios de referencia).

2. Creencias extrañas o pensamientos mágicos que influyen en el comportamiento y son incompatibles con las normas subculturales (p. ej., superstición, creencia en la clarividencia, telepatía o “sexto sentido”; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).

3. Experiencias perceptuales inusuales, incluidas ilusiones corporales.

4. Pensamiento y habla extraños (p. ej., vagos, circunstanciales, metafóricos, demasiado elaborados o estereotipados).

5. Sospecha o ideación paranoica.

6. Afecto inapropiado o restringido.

7. Comportamiento o apariencia extraña, excéntrica o peculiar.

8. Falta de amigos cercanos o confidentes distintos de los familiares de primer grado.

9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse con miedos paranoicos en lugar de juicios negativos sobre uno mismo.

B. No ocurre exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista.

Nota: Si se cumplen los criterios antes de la aparición de la esquizofrenia, agregue "premórbido", por ejemplo, "trastorno esquizotípico de la personalidad (premórbido)".

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón generalizado de déficits sociales e interpersonales marcados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones cercanas, así como por distorsiones cognitivas o perceptuales y excentricidades del comportamiento. Este patrón comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos.

Los individuos con trastorno esquizotípico de la personalidad a menudo tienen ideas de referencia (es decir, interpretaciones incorrectas de incidentes casuales y eventos externos como si tuvieran un significado particular e inusual específicamente para la persona) (Criterio A1). Estos deben distinguirse de los delirios de referencia, en los que las creencias se mantienen con convicción delirante. Estos individuos pueden ser supersticiosos o estar preocupados por fenómenos paranormales que están fuera de las normas de su subcultura (Criterio A2). Pueden sentir que tienen poderes especiales para sentir los acontecimientos antes de que sucedan o para leer los pensamientos de los demás. Pueden creer que tienen control mágico sobre los demás, lo cual puede implementarse directamente (por ejemplo, creer que el hecho de que su cónyuge saque a pasear al perro es el resultado directo de pensar una hora antes que debía hacerlo) o indirectamente mediante el cumplimiento de controles mágicos. rituales (p. ej., pasar tres veces junto a un objeto específico para evitar un determinado resultado perjudicial). Pueden estar presentes alteraciones de la percepción (p. ej., sensación de

Machine Translated by Google

que otra persona esté presente o escuchar una voz murmurando su nombre) (Criterio A3). Su discurso puede incluir frases y construcciones inusuales o idiosincrásicas. A menudo es vago, digresivo o vago, pero sin descarrilamiento o incoherencia real (Criterio A4). Las respuestas pueden ser demasiado concretas o demasiado abstractas, y las palabras o conceptos a veces se aplican de maneras inusuales (por ejemplo, el individuo puede afirmar que no era “conversable” en el trabajo).

Las personas con este trastorno suelen ser sospechosas y pueden tener ideas paranoicas (p. ej., creer que sus colegas en el trabajo tienen la intención de socavar su reputación ante el jefe).
(Criterio A5). Por lo general, no son capaces de negociar toda la gama de afectos y señales interpersonales necesarias para una relación exitosa y, por lo tanto, a menudo parecen interactuar con los demás de una manera inapropiada, rígida o restringida (Criterio A6). A menudo se considera que estos individuos son extraños o excéntricos debido a sus gestos inusuales, una forma de vestir a menudo descuidada que no “encaja” del todo y la falta de atención a las convenciones sociales habituales (por ejemplo, el individuo puede evitar el contacto visual, usar ropa que están manchados de tinta y no encajan bien, y no pueden participar en las bromas de toma y daca de los compañeros de trabajo) (Criterio A7).

Las personas con trastorno esquizotípico de la personalidad experimentan las relaciones interpersonales como problemáticas y se sienten incómodas relacionándose con otras personas. Aunque pueden expresar descontento por su falta de relaciones, su comportamiento sugiere una disminución del deseo de tener contactos íntimos. Como resultado, normalmente tienen pocos o ningún amigo cercano o confidente aparte de un pariente de primer grado (Criterio A8). Se muestran ansiosos en situaciones sociales, particularmente aquellas en las que participan personas desconocidas (Criterio A9). Interactuarán con otras personas cuando sea necesario, pero prefieren mantenerse en secreto porque sienten que son diferentes y simplemente no “encajan”. Su ansiedad social no disminuye fácilmente, incluso cuando pasan más tiempo en el entorno o se familiarizan más con las otras personas, porque su ansiedad tiende a asociarse con desconfianza respecto de las motivaciones de los demás. Por ejemplo, cuando asiste a una cena, el individuo con esquizotipo

El trastorno de personalidad no se volverá más relajado con el paso del tiempo, sino que puede volverse cada vez más tenso y sospechoso.

El trastorno esquizotípico de la personalidad no debe diagnosticarse si el patrón de conducta se produce exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista (Criterio B).

Funciones asociadas

Las personas con trastorno esquizotípico de la personalidad a menudo buscan tratamiento para los síntomas asociados de ansiedad o depresión en lugar de las características del trastorno de personalidad per se.

Predominio

La prevalencia estimada del trastorno esquizotípico de la personalidad basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 3,3%. La prevalencia del trastorno esquizotípico de la personalidad en los datos de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 3,9%. Una revisión de cinco estudios epidemiológicos (tres en Estados Unidos) encontró una prevalencia media del 0,6%.

Machine Translated by Google

Desarrollo y evolución

El trastorno esquizotípico de la personalidad tiene una evolución relativamente estable, y sólo una pequeña proporción de individuos desarrolla esquizofrenia u otro trastorno psicótico. El trastorno esquizotípico de la personalidad puede manifestarse por primera vez en la niñez y la adolescencia con soledad, malas relaciones con los compañeros, ansiedad social, bajo rendimiento escolar, hipersensibilidad, pensamientos y lenguaje peculiares y fantasías extrañas. Estos niños pueden parecer “raros” o “excéntricos” y atraer burlas.

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico. El trastorno esquizotípico de la personalidad parece agregarse familiarmente y es más prevalente entre los parientes biológicos de primer grado de personas con esquizofrenia que entre la población general. También puede haber un modesto aumento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en los familiares de los probandos con trastorno esquizotípico de la personalidad. Los estudios de gemelos indican factores genéticos altamente estables y factores ambientales bastante transitorios para un mayor riesgo de síndrome esquizotípico, y variantes de riesgo genético de esquizofrenia pueden estar relacionadas con el trastorno esquizotípico de la personalidad. Los estudios de neuroimagen detectan diferencias a nivel de grupo en el tamaño y función de regiones cerebrales específicas en individuos con trastorno esquizotípico de la personalidad en comparación con personas sanas, individuos con esquizofrenia e individuos con otros trastornos de la personalidad.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Las distorsiones cognitivas y perceptivas deben evaluarse en el contexto del medio cultural del individuo. Las características generalizadas determinadas culturalmente, particularmente aquellas relacionadas con creencias y prácticas sobrenaturales y religiosas (vida más allá de la muerte, hablar en lenguas, vudú, chamanismo, lectura de la mente, sexto sentido, mal de ojo, creencias mágicas relacionadas con la salud y la enfermedad), pueden parecer esquizotípicas. al médico desinformado. Por lo tanto, las variaciones transnacionales y étnicas observadas en la prevalencia y expresión de rasgos esquizotípicos pueden ser un verdadero hallazgo epidemiológico o uno debido a diferencias en la aceptación cultural de estas experiencias.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

El trastorno esquizotípico de la personalidad parece ser ligeramente más común en hombres que en mujeres.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales con síntomas psicóticos. El trastorno esquizotípico de la personalidad se puede distinguir del trastorno delirante, la esquizofrenia y un trastorno bipolar o depresivo con características psicóticas porque todos estos trastornos se caracterizan por un período de síntomas psicóticos persistentes (p. ej., delirios y alucinaciones). Para dar un diagnóstico adicional de trastorno esquizotípico de la personalidad, el trastorno de la personalidad debe haber estado presente antes de la aparición de los síntomas psicóticos y persistir cuando los síntomas psicóticos están en remisión. Cuando un individuo tiene un trastorno psicótico persistente (p. ej., esquizofrenia) precedido por un trastorno esquizotípico de la personalidad, también se debe registrar el trastorno esquizotípico de la personalidad.

Machine Translated by Google

seguido de “premórbido” entre paréntesis.

Trastornos del neurodesarrollo. Puede haber grandes dificultades para diferenciar a los niños con trastorno esquizotípico de la personalidad del grupo heterogéneo de niños solitarios y extraños cuyo comportamiento se caracteriza por un marcado aislamiento social, excentricidad o peculiaridades del lenguaje y cuyos diagnósticos probablemente incluirían formas más leves de trastorno del espectro autista o de comunicación del lenguaje. trastornos. Los trastornos de la comunicación pueden diferenciarse por la primacía y la gravedad del trastorno en el lenguaje y por los rasgos característicos del lenguaje alterado que se encuentran en una evaluación especializada del lenguaje. Las formas más leves del trastorno del espectro autista se diferencian por una falta aún mayor de conciencia social y reciprocidad emocional y comportamientos e intereses estereotipados.

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. El trastorno esquizotípico de la personalidad debe distinguirse del cambio de personalidad debido a otra afección médica, en el que los rasgos que emergen son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.

Trastornos por uso de sustancias. El trastorno esquizotípico de la personalidad también debe distinguirse del Síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el uso persistente de sustancias.

Otros trastornos de la personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno esquizotípico de la personalidad porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene rasgos de personalidad que cumplen con los criterios de uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno esquizotípico de la personalidad, todos pueden diagnosticarse.

Aunque los trastornos de personalidad paranoide y esquizoide también pueden caracterizarse por desapego social y afecto restringido, el trastorno de personalidad esquizotípico se puede distinguir de estos dos diagnósticos por la presencia de distorsiones cognitivas o perceptivas y una marcada excentricidad o rareza. Las relaciones cercanas son limitadas tanto en el trastorno esquizotípico de la personalidad como en el trastorno de la personalidad por evitación; sin embargo, en el trastorno de personalidad por evitación el deseo activo de tener relaciones se ve limitado por el miedo al rechazo, mientras que en el trastorno esquizotípico de la personalidad hay una falta de deseo de tener relaciones y un desapego persistente. Las personas con trastorno narcisista de la personalidad también pueden mostrar desconfianza, retraimiento social o alienación, pero en el trastorno narcisista de la personalidad estas cualidades se derivan principalmente del miedo a que se revelen imperfecciones o defectos. Los individuos con trastorno límite de la personalidad también pueden tener síntomas transitorios de tipo psicótico, pero generalmente están más estrechamente relacionados con cambios afectivos en respuesta al estrés (p. ej., ira intensa, ansiedad, decepción) y suelen ser más disociativos (p. ej., desrealización, despersonalización).). Por el contrario, los individuos con trastorno esquizotípico de la personalidad tienen más probabilidades de tener síntomas psicóticos duraderos que pueden empeorar bajo estrés, pero es menos probable que se asocien invariablemente con síntomas afectivos pronunciados. Aunque el aislamiento social puede ocurrir en el trastorno límite de la personalidad, generalmente es secundario a fallas interpersonales repetidas debido a arrebatos de ira y frecuentes cambios de humor, más que como resultado de una falta persistente de contactos sociales y deseo de intimidad. Además, los individuos con trastorno esquizotípico de la personalidad no suelen demostrar las conductas impulsivas o manipuladoras del individuo con trastorno.

trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, existe una alta tasa de coexistencia entre los dos trastornos, por lo que no siempre es posible hacer tales distinciones. Características esquizotípicas durante

Machine Translated by Google

La adolescencia puede ser un reflejo de una agitación emocional transitoria más que de un trastorno de personalidad duradero.

Comorbilidad

Especialmente en respuesta al estrés, los individuos con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos transitorios (que duran de minutos a horas), aunque generalmente no tienen una duración suficiente para justificar un diagnóstico adicional, como trastorno psicótico breve o trastorno esquizofreniforme.
En algunos casos, pueden desarrollarse síntomas psicóticos clínicamente significativos que cumplen con los criterios de trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante o esquizofrenia. Existe una coexistencia considerable con trastornos de personalidad esquizoide, paranoide, evitativo y límite.

Trastornos de la personalidad del grupo B

Desorden de personalidad antisocial

Criterios de diagnóstico	F60.2

A. Un patrón generalizado de desprecio y violación de los derechos de los demás, que ocurre desde los 15 años de edad, como lo indican tres (o más) de los siguientes: 1. Incumplimiento de las normas sociales con respecto a conductas legales, como se indica realizando reiteradamente actos que sean motivo de detención.

2. Engaño, indicado por mentiras repetidas, uso de alias o estafa a otros para beneficio o placer personal.

3. Impulsividad o falta de planificación.

4. Irritabilidad y agresividad, indicadas por peleas físicas repetidas o agresiones.

5. Desprecio imprudente por la seguridad propia o de los demás.

6. Irresponsabilidad constante, como lo indica el fracaso repetido en sostener comportamiento laboral consistente o cumplir con obligaciones financieras.

7. Falta de remordimiento, indicado por ser indiferente o racionalizar haber herido, maltratado o robado a otro.

B. El individuo tiene al menos 18 años de edad.

C. Hay evidencia de trastorno de conducta con inicio antes de los 15 años.

D. La aparición de conducta antisocial no se produce exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

Funciones de diagnóstico

Machine Translated by Google

La característica esencial del trastorno de personalidad antisocial es un patrón generalizado de desprecio y violación de los derechos de los demás que comienza en la niñez o la adolescencia temprana y continúa hasta la edad adulta. Este patrón también se ha denominado psicopatía, sociopatía o trastorno de personalidad disocial. Dado que el engaño y la manipulación son características centrales del trastorno de personalidad antisocial, puede resultar especialmente útil integrar la información adquirida a partir de una evaluación clínica sistemática con información recopilada de fuentes colaterales.

Para que se dé este diagnóstico, el individuo debe tener al menos 18 años (Criterio B) y debe haber tenido evidencia de trastorno de conducta con inicio antes de los 15 años (Criterio C).
El trastorno de conducta implica un patrón de comportamiento repetitivo y persistente en el que se violan los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales apropiadas para la edad. Los comportamientos específicos característicos del trastorno de conducta se clasifican en una de cuatro categorías: agresión a personas y animales, destrucción de propiedad, engaño o robo, o violación grave de las reglas.

El patrón de conducta antisocial continúa hasta la edad adulta. Los individuos con trastorno de personalidad antisocial no se ajustan a las normas sociales con respecto al comportamiento legal (Criterio A1). Pueden realizar repetidamente actos que sean motivo de arresto (ya sea que sean arrestados o no), como destruir propiedad, acosar a otros, robar o realizar ocupaciones ilegales.
Las personas con este trastorno ignoran los deseos, derechos o sentimientos de los demás. Con frecuencia son engañosos y manipuladores para obtener beneficio o placer personal (por ejemplo, para obtener dinero, sexo o poder) (Criterio A2). Pueden mentir repetidamente, usar un alias, estafar a otros o fingir. Un patrón de impulsividad puede manifestarse por la falta de planificación futura (Criterio A3). Las decisiones se toman de improviso, sin previsión y sin consideración de las consecuencias para uno mismo o para los demás; esto puede provocar cambios repentinos de trabajo, residencia o relaciones. Las personas con trastorno de personalidad antisocial tienden a ser irritables y agresivas y pueden involucrarse repetidamente en peleas físicas o cometer actos de agresión física (incluidas palizas al cónyuge o a los niños) (Criterio A4). (Los actos agresivos necesarios para defenderse a uno mismo o a otra persona no se consideran prueba para este ítem). Estos individuos también muestran un desprecio imprudente por la seguridad de ellos mismos o de los demás (Criterio A5). Esto puede evidenciarse en su comportamiento al volante (es decir, exceso de velocidad recurrente, conducir en estado de ebriedad, accidentes múltiples).
Pueden participar en conductas sexuales o consumo de sustancias que tienen un alto riesgo de consecuencias perjudiciales. Es posible que descuiden o no cuiden a un niño de una manera que lo ponga en peligro.

Los individuos con trastorno de personalidad antisocial también tienden a ser constante y extremadamente irresponsables (Criterio A6). Un comportamiento laboral irresponsable puede estar indicado por períodos significativos de desempleo a pesar de las oportunidades laborales disponibles, o por el abandono de varios trabajos sin un plan realista para conseguir otro trabajo. También puede haber un patrón de ausencias repetidas del trabajo que no se explican por enfermedad ni en ellos mismos ni en su familia. La irresponsabilidad financiera se indica por actos como el incumplimiento de deudas, no proporcionar manutención infantil o no mantener a otros dependientes de forma regular. Los individuos con trastorno de personalidad antisocial muestran poco remordimiento por las consecuencias de sus actos (Criterio A7). Pueden ser indiferentes o proporcionar una racionalización superficial por haber lastimado, maltratado o robado a alguien (por ejemplo, “la vida es injusta”, “los perdedores merecen perder”). Estos individuos pueden culpar a las víctimas por ser tontas, indefensas o merecedoras de su destino (por ejemplo, “se lo merecía de todos modos”); pueden minimizar las consecuencias dañinas de sus acciones; o simplemente pueden indicar completo

Machine Translated by Google

indiferencia. Por lo general, no compensan ni reparan su comportamiento. Es posible que crean que todo el mundo está dispuesto a “ayudar al número uno” y que no hay que detenerse ante nada para evitar ser empujados.

El comportamiento antisocial no debe ocurrir exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o trastorno bipolar (Criterio D).

Funciones asociadas

Las personas con trastorno de personalidad antisocial con frecuencia carecen de empatía y tienden a ser insensibles, cínicas y despectivas con los sentimientos, derechos y sufrimientos de los demás. Pueden tener una autoevaluación inflada y arrogante (por ejemplo, sienten que el trabajo ordinario está por debajo de ellos o carecen de una preocupación realista por sus problemas actuales o su futuro) y pueden ser excesivamente testarudos, seguros de sí mismos o engreídos. Algunos individuos antisociales pueden mostrar un encanto superficial y simplista y pueden ser bastante volubles y verbalmente fáciles (por ejemplo, usando términos técnicos o jerga que podrían impresionar a alguien que no está familiarizado con el tema). Falta de

La empatía, la autoevaluación inflada y el encanto superficial son características que se han incluido comúnmente en las concepciones tradicionales de la psicopatía y que pueden ser particularmente distintivas del trastorno y más predictivas de la reincidencia en prisiones o entornos forenses, donde se cometen actos criminales, delincuentes o agresivos. probablemente sea inespecífico. Estos individuos también pueden ser irresponsables y explotadores en sus relaciones sexuales. Es posible que tengan antecedentes de muchas parejas sexuales y que nunca hayan mantenido una relación monógama. Pueden ser irresponsables como padres, como lo demuestra la desnutrición del niño, una enfermedad del niño resultante de una falta de higiene mínima, la dependencia del niño de vecinos o parientes no residentes para alimento o alojamiento, la falta de un cuidador para un niño pequeño cuando el individuo está fuera de casa, o despilfarro repetido del dinero necesario para las necesidades del hogar. Estos individuos pueden recibir bajas deshonrosas de las fuerzas armadas, pueden no ser autosuficientes, pueden empobrecerse o incluso quedarse sin hogar, o pueden pasar muchos años en instituciones penitenciarias. Las personas con trastorno de personalidad antisocial tienen más probabilidades que las personas de la población general de morir prematuramente por causas naturales y por suicidio.

Predominio

La prevalencia estimada del trastorno de personalidad antisocial basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 0,6%. La prevalencia del trastorno de personalidad antisocial en los datos de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 3,6%. Una revisión de siete estudios epidemiológicos (seis en Estados Unidos) encontró una prevalencia media del 3,6%. La prevalencia más alta del trastorno de personalidad antisocial (más del 70%) se da entre muestras de hombres con los trastornos más graves por consumo de alcohol y de clínicas de abuso de sustancias, prisiones u otros entornos forenses. La prevalencia a lo largo de la vida parece ser similar entre personas blancas y negras no latinas y menor en latinos y asiático-americanos. La prevalencia puede ser mayor en muestras afectadas por factores socioeconómicos (es decir, pobreza) o socioculturales (es decir, migración) adversos.

Machine Translated by Google

Desarrollo y evolución

El trastorno de personalidad antisocial tiene un curso crónico, pero puede volverse menos evidente o remitir a medida que el individuo crece, a menudo hacia los 40 años. Aunque esta remisión tiende a ser particularmente evidente con respecto a la participación en conductas delictivas, es probable que haya una Disminución de todo el espectro de conductas antisociales y consumo de sustancias. Por definición, la personalidad antisocial no puede diagnosticarse antes de los 18 años.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El abuso o negligencia infantil, la crianza inestable o errática o la disciplina parental inconsistente pueden aumentar la probabilidad de que el trastorno de conducta evolucione hacia un trastorno de personalidad antisocial.

Genético y fisiológico. El trastorno de personalidad antisocial es más común entre los familiares biológicos de primer grado de quienes padecen el trastorno que en la población general. Los familiares biológicos de personas con este trastorno también tienen un mayor riesgo de sufrir un trastorno de somatización (un diagnóstico que fue reemplazado en el DSM-5 por un trastorno de síntomas somáticos) y trastornos por uso de sustancias.

Dentro de una familia que tiene un miembro con trastorno de personalidad antisocial, los hombres tienen con mayor frecuencia un trastorno de personalidad antisocial y trastornos por uso de sustancias, mientras que las mujeres tienen con mayor frecuencia un trastorno de somatización.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

El trastorno de personalidad antisocial se ha asociado con un nivel socioeconómico bajo y entornos urbanos. En ocasiones, el diagnóstico puede aplicarse erróneamente a personas en entornos en los que

el comportamiento aparentemente antisocial puede ser parte de una estrategia protectora de supervivencia (por ejemplo, formación de pandillas juveniles en áreas urbanas con altas tasas de violencia y discriminación). Los contextos socioculturales con altas tasas de maltrato infantil o exposición a la violencia también tienden a tener una prevalencia elevada de conductas antisociales, lo que sugiere un factor de riesgo potencial para el desarrollo del trastorno de personalidad antisocial o un entorno adverso que evoca conductas antisociales reactivas y contextuales que no representan rasgos generalizados y duraderos compatibles con un trastorno de la personalidad. Al evaluar los rasgos antisociales, es útil que el médico considere el contexto social y económico en el que ocurren las conductas. En la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas, la prevalencia parece variar entre los grupos étnicos y racializados de EE. UU., posiblemente debido a una combinación de verdaderas diferencias en la prevalencia, artefactos de medición y el impacto de entornos adversos que generan comportamientos que se asemejan a los de la personalidad antisocial. desorden, sino que son reactivos y contextuales. Los individuos de algunos grupos socialmente oprimidos pueden tener un mayor riesgo de sufrir un diagnóstico erróneo o sobrediagnóstico de trastorno de personalidad antisocial porque es más probable que se les diagnostique erróneamente un trastorno de conducta en la adolescencia, que es un requisito para un diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

El trastorno de personalidad antisocial es tres veces más común en hombres que en mujeres. mujeres con

Machine Translated by Google

El trastorno de personalidad antisocial tiene más probabilidades de haber experimentado experiencias adversas en la infancia y la edad adulta, como abuso sexual, en comparación con los hombres. La presentación clínica puede variar, y los hombres presentan con mayor frecuencia irritabilidad/agresividad y un desprecio imprudente por la seguridad de los demás en comparación con las mujeres. Los trastornos comórbidos por uso de sustancias son más comunes en los hombres, mientras que los trastornos comórbidos del estado de ánimo y de ansiedad son más comunes en las mujeres. Ha habido cierta preocupación de que el trastorno de personalidad antisocial pueda estar infradiagnosticado en las mujeres, particularmente debido al énfasis en elementos agresivos en la definición de trastorno de conducta.

Diagnóstico diferencial El diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial no se realiza a personas menores de 18 años y se realiza sólo si hay evidencia de trastorno de conducta antes de los 15 años. Para personas mayores de 18 años, se realiza un diagnóstico de trastorno de conducta sólo si no se cumplen los criterios de trastorno de personalidad antisocial.

Trastornos por uso de sustancias. Cuando el comportamiento antisocial en un adulto se asocia con un trastorno por uso de sustancias, el diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial no se realiza a menos que los signos de trastorno de personalidad antisocial también estuvieran presentes en la infancia y hayan continuado hasta la edad adulta. Cuando el consumo de sustancias y la conducta antisocial comenzaron en la niñez y continuaron hasta la edad adulta, se debe diagnosticar tanto un trastorno por uso de sustancias como un trastorno de personalidad antisocial si se cumplen los criterios para ambos, aunque algunos actos antisociales puedan ser una consecuencia del trastorno por uso de sustancias. ej., venta ilegal de drogas, robos para obtener dinero para drogas).

Esquizofrenia y trastornos bipolares. El comportamiento antisocial que ocurre exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o un trastorno bipolar no debe diagnosticarse como trastorno de personalidad antisocial.

Otros trastornos de la personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno de personalidad antisocial porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene rasgos de personalidad que cumplen con los criterios de uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno de personalidad antisocial, todos pueden diagnosticarse. Las personas con trastorno de personalidad antisocial y trastorno de personalidad narcisista comparten una tendencia a ser duras, simplistas, superficiales, explotadoras y carentes de empatía. Sin embargo,

El trastorno narcisista de la personalidad no incluye características de impulsividad, agresión y engaño. Además, las personas con trastorno de personalidad antisocial pueden no necesitar tanto la admiración y la envidia de los demás, y las personas con trastorno de personalidad narcisista generalmente carecen de antecedentes de trastorno de conducta en la infancia o de conducta delictiva en la edad adulta. Las personas con trastorno de personalidad antisocial y trastorno de personalidad histriónico comparten una tendencia a ser impulsivos, superficiales, buscadores de excitación, imprudentes, seductores y manipuladores, pero las personas con trastorno de personalidad histriónico tienden a ser más exageradas en sus emociones y no se involucran característicamente en comportamientos antisociales. . Los individuos con trastornos de personalidad histriónicos y límite son manipuladores para obtener cuidados, mientras que aquellos con trastorno de personalidad antisocial son manipuladores para obtener ganancias, poder o alguna otra gratificación material.

Las personas con trastorno de personalidad antisocial tienden a ser menos inestables emocionalmente y más agresivas que aquellas con trastorno límite de personalidad. Aunque el comportamiento antisocial puede ser

Machine Translated by Google

Presente en algunos individuos con trastorno de personalidad paranoide, generalmente no está motivado por un deseo de beneficio personal o de explotar a otros como en el trastorno de personalidad antisocial, sino que más a menudo es atribuible a un deseo de venganza.

Comportamiento delictivo no asociado a un trastorno mental. El trastorno de personalidad antisocial debe distinguirse del comportamiento antisocial que no se debe a un trastorno mental, por ejemplo, el comportamiento delictivo emprendido con fines de lucro que no va acompañado de los rasgos de personalidad característicos de este trastorno. En estos casos, se puede codificar la condición de conducta antisocial del adulto (ver "Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica").

Comorbilidad Los individuos con trastorno de personalidad antisocial también pueden experimentar disforia, incluidas quejas de tensión, incapacidad para tolerar el aburrimiento y estado de ánimo deprimido. Pueden tener asociados trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos por uso de sustancias, trastorno de síntomas somáticos y trastorno del juego. Los individuos con trastorno de personalidad antisocial también suelen tener rasgos de personalidad que cumplen con los criterios de otros trastornos de personalidad, en particular los trastornos de personalidad límite, histriónico y narcisista. La probabilidad de desarrollar un trastorno de personalidad antisocial en la vida adulta aumenta si el individuo experimentó un trastorno de conducta de inicio en la niñez (antes de los 10 años) y un trastorno de déficit de atención/hiperactividad que lo acompaña.

Trastorno límite de la personalidad

Criterios de diagnóstico F60.3

Un patrón generalizado de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una marcada impulsividad, que comienza en la edad adulta temprana y se presenta en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes: 1. Esfuerzos frenéticos para evitar Abandono real o imaginario. (Nota: No incluya comportamiento suicida o de automutilación cubierto en el Criterio 5.)

2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de identidad marcada y persistentemente inestable. ser.
4. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para uno mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción imprudente, atracones). (Nota: No incluya conductas suicidas o de automutilación cubiertas en el Criterio 5.)
5. Comportamientos, gestos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación.

6. Inestabilidad afectiva debida a una marcada reactividad del estado de ánimo (p. ej., disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que generalmente dura unas pocas horas y rara vez más).

Machine Translated by Google

unos cuantos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira intensa e inapropiada o dificultad para controlar la ira (p. ej., demostraciones frecuentes de temperamento, ira constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoica transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Características diagnósticas La característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón generalizado de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una marcada impulsividad que comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos.

Los individuos con trastorno límite de la personalidad hacen esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario (Criterio 1). La percepción de una separación o rechazo inminente, o la pérdida de una estructura externa, puede conducir a cambios profundos en la autoimagen, el afecto, la cognición y el comportamiento. Estos individuos son muy sensibles a las circunstancias ambientales. Experimentan intensos temores de abandono y enojo inapropiado incluso cuando se enfrentan a una separación realista por tiempo limitado o cuando hay cambios inevitables en los planes (p. ej., desesperación repentina en reacción cuando un médico anuncia el final de la hora; pánico o furia cuando alguien importante para (llega sólo unos minutos tarde o debe cancelar una cita). Quizás crean que este “abandono” implica que son “malos”. Estos miedos al abandono están relacionados con la intolerancia a estar solo y la necesidad de tener a otras personas con ellos. Sus frenéticos esfuerzos por evitar el abandono pueden incluir acciones impulsivas como la automutilación o conductas suicidas, que se describen por separado en el Criterio 5 (ver también “Asociación con pensamientos o conductas suicidas”).

Los individuos con trastorno límite de la personalidad tienen un patrón de relaciones inestables e intensas (Criterio 2). Pueden idealizar a posibles cuidadores o amantes en el primer o segundo encuentro, exigir pasar mucho tiempo juntos y compartir los detalles más íntimos al principio de una relación. Sin embargo, pueden pasar rápidamente de idealizar a otras personas a devaluarlas, sintiendo que a la otra persona no le importa lo suficiente, no da lo suficiente o no está “allí” lo suficiente. Estos individuos pueden empatizar con otras personas y nutrirlas, pero sólo con la expectativa de que la otra persona “estará allí” a cambio para satisfacer sus propias necesidades cuando así lo demanden.
Estos individuos son propensos a cambios repentinos y dramáticos en su visión de los demás, quienes alternativamente pueden ser vistos como apoyos benéficos o cruelmente punitivos. Estos cambios a menudo reflejan desilusión con un cuidador cuyas cualidades protectoras han sido idealizadas o cuyo rechazo o abandono se espera.

Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una autoimagen o un sentido de uno mismo marcada y persistentemente inestable (Criterio 3). Hay cambios repentinos y dramáticos en la autoimagen (por ejemplo, cambiar repentinamente del papel de un suplicante necesitado de ayuda al de un justo vengador de malos tratos pasados). Aunque por lo general tienen una autoimagen que se basa en el sentimiento de ser malos o malvados, las personas con este trastorno a veces pueden tener sentimientos que no existen en absoluto.
Esto puede ser doloroso y aterrador para quienes padecen este trastorno. Estas experiencias suelen ocurrir en situaciones en las que el individuo siente una falta de una relación significativa, de cariño y de apoyo. Estos individuos pueden mostrar un peor desempeño en situaciones laborales o escolares no estructuradas. Esta falta de una identidad plena y duradera dificulta que el individuo con trastorno límite de la personalidad identifique patrones de comportamiento desadaptativos y puede conducir a patrones repetitivos de relaciones problemáticas.

Machine Translated by Google

Los individuos con trastorno límite de la personalidad muestran impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente autodestructivas (Criterio 4). Pueden apostar, gastar dinero de manera irresponsable, comer en exceso, abusar de sustancias, tener relaciones sexuales sin protección o conducir imprudentemente.

Los individuos con este trastorno muestran conductas, gestos o amenazas suicidas recurrentes, o conductas de automutilación (Criterio 5). Los pensamientos o comportamientos suicidas recurrentes son a menudo la razón por la que estas personas piden ayuda. Estos actos autodestructivos suelen ser precipitados por amenazas de separación o rechazo o por expectativas de que el individuo asuma una mayor responsabilidad. Los actos de automutilación (p. ej., cortarse o quemarse) son muy comunes y pueden ocurrir durante períodos en los que el individuo experimenta síntomas disociativos. Estos actos a menudo traen alivio al reafirmar la capacidad del individuo para sentir o al expiar su sensación de ser malo.

Los individuos con trastorno límite de la personalidad pueden mostrar inestabilidad afectiva debida a una marcada reactividad del estado de ánimo (p. ej., disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que generalmente dura unas pocas horas y rara vez más de unos pocos días) (Criterio 6). El estado de ánimo disfórico básico de las personas con trastorno límite de la personalidad a menudo se ve interrumpido por períodos de ira, pánico o desesperación y rara vez se alivia con períodos de bienestar o satisfacción. Estos episodios pueden reflejar la extrema reactividad del individuo ante el estrés interpersonal.

Las personas con trastorno límite de la personalidad pueden sufrir sentimientos crónicos de vacío, que pueden coexistir con sentimientos dolorosos de soledad (Criterio 7). Se aburren fácilmente y con frecuencia buscan excitación para evitar sus sentimientos de vacío.

Las personas con este trastorno frecuentemente expresan ira intensa e inapropiada o tienen dificultad para controlar su ira (Criterio 8). Pueden mostrar un sarcasmo extremo, una amargura duradera o arrebatos verbales. La ira a menudo surge cuando se considera que un cuidador o amante es negligente, retenedor, indiferente o abandonado. Estas expresiones de ira suelen ir seguidas de vergüenza y culpa y contribuyen al sentimiento que tienen de ser malvados.

Durante períodos de estrés extremo, pueden ocurrir ideas paranoicas transitorias o síntomas disociativos (p. ej., despersonalización) (Criterio 9), pero generalmente no son de gravedad o duración suficientes para justificar un diagnóstico adicional. Estos episodios ocurren con mayor frecuencia en respuesta a un abandono real o imaginario. Los síntomas tienden a ser transitorios y duran minutos u horas. El retorno real o percibido del cuidado del cuidador puede resultar en una remisión de los síntomas.

Funciones asociadas

Los individuos con trastorno límite de la personalidad pueden tener un patrón de debilitarse a sí mismos en el momento en que una meta está a punto de alcanzarse (p. ej., abandonar la escuela justo antes de graduarse; retroceder severamente después de una discusión sobre qué tan bien va la terapia; destruir una buena relación simplemente cuando está claro que la relación podría durar). Algunos individuos desarrollan síntomas de tipo psicótico (p. ej., alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de referencia, fenómenos hipnagógicos) durante momentos de estrés. Los individuos con este trastorno pueden sentirse más seguros con objetos transicionales (es decir, una mascota o una posesión inanimada) que en las relaciones interpersonales. La muerte prematura por suicidio puede ocurrir en personas con trastorno límite de la personalidad, especialmente en aquellos con trastornos depresivos o trastornos por uso de sustancias concurrentes.

Machine Translated by Google

Sin embargo, las muertes por otras causas. como accidentes o enfermedades, son más del doble de comunes que las muertes por suicidio en personas con trastorno límite de la personalidad. Las discapacidades físicas pueden ser el resultado de comportamientos de abuso autoinfligido o intentos fallidos de suicidio. Son comunes las pérdidas recurrentes de empleo, la interrupción de la educación y la separación o divorcio. El abuso físico y sexual, la negligencia, los conflictos hostiles y la pérdida temprana de los padres son más comunes en las historias infantiles de las personas con trastorno límite de la personalidad.

Predominio

La prevalencia estimada del trastorno límite de la personalidad basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 1,4%. La prevalencia del trastorno límite de la personalidad en los datos de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 5,9%. Una revisión de siete estudios epidemiológicos (seis en

Estados Unidos) encontró una prevalencia media del 2,7%. La prevalencia del trastorno límite de la personalidad es de alrededor del 6% en entornos de atención primaria, alrededor del 10% entre las personas atendidas en clínicas ambulatorias de salud mental y alrededor del 20% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Desarrollo y evolución

Por lo general, se ha considerado que el trastorno límite de la personalidad es un trastorno que aparece en la edad adulta. Sin embargo, se ha descubierto en entornos de tratamiento que los síntomas en adolescentes de tan solo 12 o 13 años pueden cumplir todos los criterios del trastorno. Aún no se sabe qué porcentaje de adultos que inician tratamiento por primera vez realmente tienen un inicio tan temprano del trastorno límite de la personalidad.

Durante mucho tiempo se ha pensado que el trastorno límite de la personalidad es un trastorno con un curso sintomático deficiente, cuya gravedad tendía a disminuir a medida que las personas con trastorno límite de la personalidad entraban en los 30 y 40 años. Sin embargo, estudios prospectivos de seguimiento han encontrado que las remisiones estables de 1 a 8 años son muy comunes. Los síntomas impulsivos del trastorno límite de la personalidad son los que remiten más rápidamente, mientras que los síntomas afectivos remiten a un ritmo sustancialmente más lento. Por el contrario, la recuperación del trastorno límite de la personalidad (es decir, remisión sintomática simultánea y buen funcionamiento psicosocial) es más difícil de lograr y menos estable en el tiempo. La falta de recuperación está asociada con el sustento de las prestaciones por discapacidad y con el sufrimiento de una mala salud física.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. También se ha descubierto que el trastorno límite de la personalidad está asociado con altas tasas de diversas formas de abuso infantil y negligencia emocional. Sin embargo, las tasas informadas de abuso sexual son más altas en pacientes hospitalizados que en pacientes ambulatorios con este trastorno, lo que sugiere que un historial de abuso sexual es tanto un factor de riesgo para la gravedad de la psicopatología límite como lo es para el trastorno en sí. Además, ha surgido un consenso empírico que sugiere que una historia infantil de abuso sexual reportado no es necesaria ni suficiente para el desarrollo del trastorno límite de la personalidad.

Genético y fisiológico. El trastorno límite de la personalidad es aproximadamente cinco veces más común

Machine Translated by Google

entre los familiares biológicos de primer grado de quienes padecen el trastorno que en la población general. También existe un mayor riesgo familiar de sufrir trastornos por uso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastorno de personalidad antisocial y trastornos depresivos o bipolares.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura El

patrón de conducta observado en el trastorno límite de la personalidad se ha identificado en muchos entornos alrededor del mundo. Los contextos socioculturales caracterizados por demandas sociales que evocan intentos de autoafirmación y aceptación por parte de los demás, relaciones ambiguas o conflictivas con figuras de autoridad o marcadas incertidumbres en la adaptación pueden fomentar la impulsividad, la inestabilidad emocional, conductas explosivas o agresivas y experiencias disociativas asociadas con trastorno límite de la personalidad o con reacciones transitorias y contextuales a aquellos entornos que pueden confundirse con el trastorno límite de la personalidad. Dado que los aspectos psicodinámicos, cognitivos, conductuales y de atención plena de los modelos de la mente y del yo varían entre culturas, los síntomas o rasgos que sugieren la presencia de un trastorno límite de la personalidad (p. ej., número de parejas sexuales, cambios entre relaciones, uso de sustancias) deben ser evaluado a la luz de las normas culturales para hacer un diagnóstico válido.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Si bien

el trastorno límite de la personalidad es más común entre las mujeres que entre los hombres en muestras clínicas, las muestras comunitarias no demuestran diferencias en la prevalencia entre hombres y mujeres.
Esta discrepancia puede reflejar un mayor grado de búsqueda de ayuda entre las mujeres,

llevándolos a entornos clínicos. Las características clínicas de hombres y mujeres con trastorno límite de la personalidad parecen ser similares, con un grado potencialmente mayor de conductas externalizantes en niños y hombres y conductas internalizantes en niñas y mujeres.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas En un estudio longitudinal,

las conductas impulsivas y antisociales de individuos con trastorno límite de la personalidad se asociaron con un mayor riesgo de suicidio. En una muestra de pacientes hospitalizados con trastorno límite de la personalidad seguidos prospectivamente durante 24 años, alrededor del 6% murió por suicidio, en comparación con el 1,4% en una muestra comparativa de individuos con trastornos de la personalidad distintos del trastorno límite de la personalidad. Un estudio de personas con trastorno límite de la personalidad seguido durante 10 años encontró que el comportamiento suicida recurrente era una característica definitoria del trastorno límite de la personalidad, asociado con tasas decrecientes de intentos de suicidio del 79% al 13% con el tiempo.

Diagnóstico diferencial

Trastornos depresivos y bipolares. El trastorno límite de la personalidad a menudo coexiste con los trastornos depresivos o bipolares, y cuando se cumplen los criterios para ambos, ambos deben diagnosticarse. Debido a que la presentación transversal del trastorno límite de la personalidad puede imitarse por un episodio de trastorno depresivo o bipolar, el médico debe evitar dar un diagnóstico adicional de

Machine Translated by Google

trastorno límite de la personalidad basado únicamente en una presentación transversal sin haber documentado que el patrón de conducta tuvo un inicio temprano y un curso prolongado.

Trastorno de ansiedad por separación en adultos. El trastorno de ansiedad por separación y el trastorno límite de la personalidad se caracterizan por el miedo al abandono por parte de los seres queridos, pero los problemas de identidad, autodirección, funcionamiento interpersonal e impulsividad también son fundamentales para el trastorno límite de la personalidad.

Otros trastornos de la personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno límite de la personalidad porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene rasgos de personalidad que cumplen con los criterios de uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno límite de la personalidad, todos pueden diagnosticarse. Aunque el trastorno histriónico de la personalidad también puede caracterizarse por búsqueda de atención, comportamiento manipulador y emociones que cambian rápidamente, el trastorno límite de la personalidad se distingue por la autodestructividad, la ira en las relaciones cercanas y sentimientos crónicos de profundo vacío y soledad.
Pueden estar presentes ideas o ilusiones paranoides tanto en el trastorno límite de la personalidad como en el trastorno esquizotípico de la personalidad, pero estos síntomas son más transitorios, interpersonalmente reactivos y responden a la estructuración externa en el trastorno límite de la personalidad. Aunque el trastorno de personalidad paranoide y el trastorno de personalidad narcisista también pueden caracterizarse por una reacción de ira ante estímulos menores, la relativa estabilidad de la autoimagen, así como la relativa falta de autodestrucción física, impulsividad repetitiva y profundas preocupaciones de abandono, distinguen a estos trastornos. Trastornos del trastorno límite de la personalidad. Aunque el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de la personalidad se caracterizan por un comportamiento manipulador, los individuos con trastorno de personalidad antisocial son manipuladores para obtener ganancias, poder o alguna otra gratificación material, mientras que el objetivo en el trastorno límite de la personalidad se dirige más a ganarse la preocupación de los cuidadores. . Tanto el trastorno de personalidad dependiente como el trastorno límite de la personalidad se caracterizan por el miedo al abandono; sin embargo, el individuo con trastorno límite de la personalidad reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia y demandas, mientras que el individuo con trastorno de personalidad dependiente reacciona con creciente apaciguamiento y sumisión y busca urgentemente una relación de reemplazo que le brinde cuidado y apoyo. El trastorno límite de la personalidad puede

Además, se distingue del trastorno de personalidad dependiente por el patrón típico de relaciones inestables e intensas.

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. El trastorno límite de la personalidad debe distinguirse del cambio de personalidad debido a otra afección médica, en el que los rasgos que emergen son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.

Trastornos por uso de sustancias. El trastorno límite de la personalidad también debe distinguirse del Síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el uso persistente de sustancias.

Problemas de identidad. El trastorno límite de la personalidad debe distinguirse de un problema de identidad, que se reserva para cuestiones de identidad relacionadas con una fase del desarrollo (p. ej., la adolescencia) y no se considera un trastorno mental. Los adolescentes y adultos jóvenes con problemas de identidad (especialmente cuando van acompañados de consumo de sustancias) pueden mostrar transitoriamente

Machine Translated by Google

comportamientos que dan la impresión engañosa de un trastorno límite de la personalidad. Estas situaciones se caracterizan por inestabilidad emocional, dilemas existenciales, incertidumbre, elecciones que provocan ansiedad, conflictos sobre la orientación sexual y presiones sociales competitivas para decidir.
en carreras.

Comorbilidad Los

trastornos concurrentes comunes incluyen trastornos depresivos y bipolares, trastornos por uso de sustancias, trastornos de ansiedad (particularmente trastorno de pánico y trastorno de ansiedad social), trastornos alimentarios (en particular, bulimia nerviosa y trastorno por atracón), trastorno de estrés postraumático y déficit de atención/ desorden de hiperactividad. El trastorno límite de la personalidad también suele coexistir con otros trastornos de la personalidad.

Trastorno de personalidad histriónica

Criterios de diagnóstico F60.4

Un patrón generalizado de excesiva emocionalidad y búsqueda de atención, que comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes: 1. Se siente incómodo
en situaciones en las que él o ella no es el centro de atención. atención.

2. La interacción con los demás a menudo se caracteriza por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.
3. Muestra una expresión de emociones superficial y que cambia rápidamente.
4. Utiliza consistentemente la apariencia física para llamar la atención sobre sí mismo.
5. Tiene un estilo de hablar excesivamente impresionista y carente de detalles.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de emociones.
7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciable por los demás o las circunstancias).
8. Considera que las relaciones son más íntimas de lo que realmente son.

Características diagnósticas La

característica esencial del trastorno histriónico de la personalidad es la emocionalidad y el comportamiento de búsqueda de atención generalizados y excesivos. Este patrón comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos.

Las personas con trastorno histriónico de la personalidad se sienten incómodas o despreciadas cuando no son el centro de atención (Criterio 1). A menudo vivaces y dramáticos, tienden a llamar la atención e inicialmente pueden encantar a los nuevos conocidos con su entusiasmo, su aparente apertura o su coquetería. Sin embargo, estas cualidades se desgastan a medida que estos individuos exigen continuamente ser el centro de atención. Ellos se apoderan del

papel de “la vida del partido”. Si no son el centro de atención, puede que hagan algo.

Machine Translated by Google

dramático (p. ej., inventar historias, crear una escena) para atraer la atención hacia sí mismos. Esta necesidad suele ser evidente en su comportamiento con un médico (p. ej., ser halagador, traer regalos, proporcionar descripciones dramáticas de síntomas físicos y psicológicos que son reemplazados por nuevos síntomas en cada visita).

La apariencia y el comportamiento de las personas con este trastorno suelen ser inapropiadamente provocativos o seductores sexualmente (Criterio 2). Este comportamiento no sólo está dirigido hacia personas en las que el individuo tiene un interés sexual o romántico, sino que también ocurre en una amplia variedad de relaciones sociales, ocupacionales y profesionales más allá de lo apropiado para el contexto social. La expresión emocional puede ser superficial y cambiar rápidamente (Criterio 3). Las personas con este trastorno utilizan constantemente la apariencia física para llamar la atención sobre sí mismos (Criterio 4). Están demasiado preocupados por impresionar a los demás con su apariencia y gastan excesiva cantidad de tiempo, energía y dinero en ropa y arreglo personal. Pueden “buscar elogios” respecto a su apariencia y pueden sentirse fácil y excesivamente molestos por un comentario crítico sobre su apariencia o por una fotografía que consideran poco halagadora.

Estos individuos tienen un estilo de hablar excesivamente impresionista y carente de detalles (Criterio 5). Las opiniones firmes se expresan con estilo dramático, pero los fundamentos subyacentes suelen ser vagos y difusos, sin hechos ni detalles que los respalden. Por ejemplo, un individuo con trastorno histriónico de la personalidad puede comentar que cierto individuo es un ser humano maravilloso, pero no puede proporcionar ningún ejemplo específico de buenas cualidades que respalden esta opinión.
Los individuos con este trastorno se caracterizan por la autodramatización, la teatralidad y una expresión exagerada de emociones (Criterio 6). Pueden avergonzar a amigos y conocidos mediante una exhibición pública excesiva de emociones (p. ej., abrazar a conocidos casuales con excesivo ardor, sollozar incontrolablemente en ocasiones sentimentales menores, tener rabietas).
Sin embargo, sus emociones a menudo parecen activarse y desactivarse demasiado rápido para sentirlas profundamente, lo que puede llevar a otros a acusar al individuo de fingir estos sentimientos.

Los individuos con trastorno histriónico de la personalidad tienen un alto grado de sugestionabilidad (Criterio 7). Sus opiniones y sentimientos se ven fácilmente influenciados por los demás y por las modas actuales. Es posible que confíen demasiado, especialmente en figuras de autoridad fuertes a quienes consideran que resuelven mágicamente sus problemas. Tienen tendencia a dejarse llevar por corazonadas y a adoptar convicciones rápidamente. Las personas con este trastorno a menudo consideran que las relaciones son más íntimas de lo que realmente son, describiendo a casi todos sus conocidos como “mi querido, querido amigo” o refiriéndose a los médicos que vieron sólo una o dos veces en circunstancias profesionales por su nombre de pila (Criterio 8).

Funciones asociadas

El deterioro en general tiende a ser menor en el trastorno histriónico de la personalidad que en muchos otros trastornos de la personalidad. Sin embargo, el deterioro más asociado con el trastorno histriónico de la personalidad parece ser de naturaleza interpersonal. Los individuos con trastorno histriónico de la personalidad tienen un estilo interpersonal caracterizado por el dominio social, que puede abarcar un espectro de conductas que incluyen desde un "dominio más cálido" que puede ser de naturaleza intrusiva (p. ej., necesidad de ser el centro de atención; exhibicionista) hasta un estilo "más frío". dominancia” que puede incluir conductas arrogantes, controladoras y agresivas. Las relaciones románticas parecen estar particularmente deterioradas, y la evidencia sugiere que las personas con síntomas de trastorno histriónico de la personalidad tienen más probabilidades de divorciarse o nunca casarse. Las personas con trastorno histriónico de la personalidad pueden tener dificultades para lograr intimidad emocional en relaciones románticas o sexuales. Individuos

Machine Translated by Google

Las personas con este trastorno a menudo tienen relaciones deterioradas con amigos del mismo sexo porque su estilo interpersonal sexualmente provocativo puede parecer una amenaza para las relaciones de sus amigos. Estos individuos también pueden alejar a sus amigos con demandas de atención constante. A menudo se deprimen y

se molestan cuando no son el centro de atención. Es posible que anhelen novedades, estimulación y excitación y tengan tendencia a aburrirse con su rutina habitual. Estos individuos suelen ser intolerantes o frustrados por situaciones que implican una gratificación retrasada y sus acciones suelen estar dirigidas a obtener una satisfacción inmediata. Aunque a menudo inician un trabajo o proyecto con gran entusiasmo, su interés puede disminuir rápidamente. Es posible que se descuiden las relaciones a largo plazo para dar paso al entusiasmo de nuevas relaciones.

Predominio

La prevalencia estimada del trastorno histriónico de la personalidad basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 0,0%. La prevalencia del trastorno histriónico de la personalidad en los datos de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 1,8%. Una revisión de cinco estudios epidemiológicos (cuatro en Estados Unidos) encontró una prevalencia media del 0,9%.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Las normas de comportamiento interpersonal, apariencia personal y expresividad emocional varían ampliamente entre culturas, géneros y grupos de edad. Antes de considerar los diversos rasgos (p. ej., emocionalidad, seducción, estilo interpersonal dramático, búsqueda de novedades, sociabilidad, encanto, impresionabilidad, tendencia a la somatización) como evidencia de un trastorno histriónico de la personalidad, es importante evaluar si causan un deterioro clínicamente significativo o angustia. La presencia del trastorno histriónico de la personalidad debe distinguirse de la expresión reactiva y contextual de estos rasgos, que surgen en respuesta a presiones de socialización en grupos de pares competitivos, incluida la "necesidad de agradar", que no representan rasgos generalizados y duraderos consistentes con una personalidad. trastorno.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

En entornos clínicos, este trastorno se ha diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres; sin embargo, la proporción de género no es significativamente diferente de la proporción de género de las mujeres dentro del entorno clínico respectivo. Por el contrario, algunos estudios que utilizan evaluaciones estructuradas informan tasas de prevalencia similares entre hombres y mujeres.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Se desconoce el riesgo real de suicidio, pero la experiencia clínica sugiere que las personas con este trastorno pueden tener un mayor riesgo de realizar gestos y amenazas suicidas.

Diagnóstico diferencial

Machine Translated by Google

Otros trastornos de la personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno histriónico de la personalidad porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene rasgos de personalidad que cumplen con los criterios de uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno histriónico de la personalidad, todos pueden diagnosticarse.
Aunque el trastorno límite de la personalidad también puede caracterizarse por búsqueda de atención, comportamiento manipulador y emociones que cambian rápidamente, se distingue por la autodestructividad, alteraciones de la ira en las relaciones cercanas y sentimientos crónicos de profundo vacío y alteración de la identidad. Las personas con trastorno de personalidad antisocial y trastorno de personalidad histriónico comparten una tendencia a ser impulsivos, superficiales, buscadores de excitación, imprudentes, seductores y manipuladores, pero las personas con trastorno de personalidad histriónico tienden a ser más exageradas en sus emociones y no se involucran característicamente en comportamientos antisociales. . Los individuos con trastorno de personalidad histriónico son manipuladores para obtener cariño, mientras que aquellos con trastorno de personalidad antisocial son manipuladores.

lativo para obtener ganancias, poder o alguna otra gratificación material. Aunque las personas con trastorno de personalidad narcisista también anhelan la atención de los demás, por lo general quieren elogios por su "superioridad", mientras que las personas con trastorno de personalidad histriónica están dispuestas a ser vistas como frágiles o dependientes si esto es fundamental para llamar la atención. Las personas con trastorno narcisista de la personalidad pueden exagerar la intimidad de sus relaciones con otras personas, pero son más propensas a enfatizar el estatus "VIP" o la riqueza de sus amigos. En el trastorno de personalidad dependiente, el individuo depende excesivamente de los demás para recibir elogios y orientación, pero carece de las características emocionales extravagantes y exageradas de los individuos con trastorno de personalidad histriónico.

Muchas personas pueden mostrar rasgos de personalidad histriónicos. Sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes y causan un deterioro funcional significativo o malestar subjetivo, constituyen un trastorno histriónico de la personalidad.

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. El trastorno histriónico de la personalidad debe distinguirse del cambio de personalidad debido a otra afección médica, en el que los rasgos que emergen son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.

Trastornos por uso de sustancias. El trastorno también debe distinguirse de los síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el uso persistente de sustancias.

Comorbilidad

El trastorno de personalidad histriónico se ha asociado con tasas más altas de trastornos de personalidad límite, narcisista, paranoide, dependiente y antisocial; uso y abuso de alcohol y otras sustancias; así como agresión y violencia. También se cree que el trastorno de personalidad histriónica está relacionado con el trastorno de síntomas somáticos, el trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión) y el trastorno depresivo mayor.

Trastorno narcisista de la personalidad

Machine Translated by Google

Criterios de diagnóstico F60.81

Un patrón generalizado de grandiosidad (en fantasía o comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes: 1. Tiene un carácter grandioso. sentido de importancia personal (p. ej., exagera logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin logros proporcionales).

2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor ideal.
3. Cree que él o ella es "especial" y único y que sólo puede ser entendido por otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus, o debería asociarse con ellas.
4. Requiere excesiva admiración.
5. Tiene un sentido de derecho (es decir, expectativas irrazonables de un trato especialmente favorable o cumplimiento automático de sus expectativas).
6. Es interpersonalmente explotador (es decir, se aprovecha de los demás para lograr sus objetivos). sus propios fines).
7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades. de otros.
8. A menudo siente envidia de los demás o cree que los demás le tienen envidia.
9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, altivas.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno narcisista de la personalidad es un patrón generalizado de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos.

Los individuos con este trastorno tienen un sentido grandioso de importancia personal, que puede manifestarse como un sentido exagerado o poco realista de superioridad, valor o capacidad (Criterio 1). Tienden a sobreestimar sus habilidades y amplificar sus logros, pareciendo a menudo jactanciosos y pretenciosos. Pueden asumir alegremente que los demás atribuyen el mismo valor a sus esfuerzos y pueden sorprenderse cuando los elogios que esperan y sienten que merecen no llegan. A menudo, en los juicios inflados sobre sus propios logros está implícita una subestimación o devaluación de las contribuciones de los demás. Las personas con trastorno narcisista de la personalidad a menudo están preocupadas por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor ideal (Criterio 2). Pueden reflexionar sobre la admiración y el privilegio "debido desde hace mucho tiempo" y compararse favorablemente con personas famosas o privilegiadas.

Los individuos con trastorno narcisista de la personalidad creen que son especiales o únicos y esperan que los demás los reconozcan como tales (Criterio 3). Pueden sorprenderse o incluso devastarse cuando el reconocimiento de los elogios que esperan y sienten que merecen de los demás no les llega. Pueden sentir que sólo pueden ser comprendidos por personas de alto estatus y que sólo deben asociarse con ellas, y pueden atribuir cualidades "únicas", "perfectas" o "dotadas" a aquellos con

Machine Translated by Google

a quienes asocian. Las personas con este trastorno creen que sus necesidades son especiales y están más allá del alcance de la gente común. Su propia autoestima se ve reforzada (es decir, “reflejada”) por el valor idealizado que asignan a aquellos con quienes se asocian. Es probable que insistan en tener sólo a la persona “superior” (médico, abogado, peluquero, instructor) o en estar afiliados a las “mejores” instituciones, pero pueden devaluar las credenciales de quienes los decepcionan.

Los individuos con este trastorno generalmente requieren una admiración excesiva (Criterio 4). Su autoestima es casi invariablemente muy frágil y su lucha con graves dudas internas, autocrítica y vacío resulta en su necesidad de buscar activamente la admiración de los demás. Es posible que les preocupe lo bien que les está yendo y lo bien que los demás los consideran. Pueden esperar que su llegada sea recibida con gran fanfarria y se asombran si otros no codician sus posesiones. Es posible que busquen constantemente cumplidos, a menudo con gran encanto.

Un sentimiento de derecho, que tiene sus raíces en su sentido distorsionado de autoestima, es evidente en la expectativa irrazonable de estos individuos de un trato especialmente favorable (Criterio 5). Esperan ser atendidos y se sienten desconcertados o furiosos cuando esto no sucede. Por ejemplo, pueden suponer que no tienen que hacer cola y que sus prioridades son tan importantes que los demás deberían ceder ante ellas, y luego irritarse cuando otros no ayudan “en su muy importante trabajo”. Esperan que se les dé todo lo que quieran o sientan que necesitan, sin importar lo que pueda significar para los demás. Por ejemplo, estas personas pueden esperar una gran dedicación de los demás y trabajar demasiado sin tener en cuenta el impacto en sus vidas. Este sentido de derecho, combinado con una falta de comprensión y sensibilidad hacia los deseos y necesidades de los demás, puede resultar en la explotación consciente o involuntaria de los demás (Criterio 6). Tienden a formar amistades o relaciones románticas sólo si parece probable que la otra persona avance en sus propósitos o mejore su autoestima. A menudo usurpan privilegios especiales y recursos adicionales que creen merecer. Algunas personas con trastorno narcisista de la personalidad se aprovechan intencionalmente y decididamente de los demás emocional, social, intelectual o financieramente para sus propios fines y ganancias.

Las personas con trastorno narcisista de la personalidad generalmente carecen de empatía y no están dispuestas a reconocer o identificarse con los deseos, las experiencias subjetivas y los sentimientos de los demás (Criterio 7). Suelen tener cierto grado de empatía cognitiva.

(comprender la perspectiva de otra persona a nivel intelectual) pero carecen de empatía emocional (sentir directamente las emociones que otra persona siente). Estos individuos pueden no ser conscientes del daño que sus comentarios pueden infligir (por ejemplo, decirle exuberantemente a un ex amante que “¡ahora estoy en la relación de mi vida!”; alardear de su salud frente a alguien que está enfermo). Cuando se reconocen, es probable que las necesidades, deseos o sentimientos de los demás sean vistos despectivamente como signos de debilidad o vulnerabilidad. Quienes se relacionan con personas con trastorno narcisista de la personalidad suelen encontrar frialdad emocional y falta de interés recíproco.

Estos individuos a menudo sienten envidia de los demás o creen que los demás les tienen envidia (Criterio 8). Pueden envidiar a los demás sus éxitos o posesiones, sintiendo que es mejor que ellos se merezcan esos logros, admiración o privilegios. Pueden devaluar severamente las contribuciones de los demás, particularmente cuando esas personas han recibido reconocimiento o elogios por sus logros. Comportamientos arrogantes y altivos caracterizan a estos individuos; a menudo muestran actitudes esnobs, desdeñosas o condescendientes (Criterio 9).

Machine Translated by Google

Funciones asociadas

La vulnerabilidad en la autoestima hace que las personas con trastorno narcisista de la personalidad sean muy sensibles a las críticas o la derrota. Aunque no lo demuestren exteriormente, tales experiencias pueden hacer que se sientan avergonzados, humillados, degradados, vacíos y vacíos. Pueden reaccionar con desdén, rabia o contraataque desafiante. Sin embargo, tales experiencias también pueden conducir a un retraimiento social o a una apariencia de humildad que puede enmascarar y proteger la grandiosidad.

Las relaciones interpersonales suelen verse perjudicadas debido a problemas relacionados con la preocupación por uno mismo, el derecho a tener derechos, la necesidad de admiración y el relativo desprecio por las sensibilidades de los demás.

Las personas con trastorno de personalidad narcisista pueden ser competentes y de alto funcionamiento con éxito profesional y social, mientras que otras pueden tener diversos niveles de deterioro funcional.

La capacidad profesional combinada con el autocontrol, el estoicismo y el distanciamiento interpersonal con una mínima revelación de uno mismo puede respaldar un compromiso sostenido en la vida e incluso permitir el matrimonio y las afiliaciones sociales. A veces, la ambición y la confianza temporal conducen a grandes logros, pero el desempeño puede verse afectado debido a la fluctuación de la confianza en uno mismo y la intolerancia a la crítica o la derrota. Algunos individuos con trastorno narcisista de la personalidad tienen un funcionamiento vocacional muy bajo, lo que refleja una falta de voluntad para correr riesgos en situaciones competitivas o de otro tipo en las que el fracaso o la derrota pueden ser posibles.

La baja autoestima con inferioridad, vulnerabilidad y sentimientos sostenidos de vergüenza, envidia y humillación acompañados de autocrítica e inseguridad pueden hacer que las personas con trastorno narcisista de la personalidad sean susceptibles al retraimiento social, el vacío y el estado de ánimo deprimido. Los altos estándares perfeccionistas a menudo se asocian con un miedo significativo a exponerse a la imperfección, el fracaso y las emociones abrumadoras.

Predominio

La prevalencia estimada del trastorno narcisista de la personalidad basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 0,0%. La prevalencia del trastorno narcisista de la personalidad en los datos de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 6,2%. Una revisión de cinco estudios epidemiológicos (cuatro en Estados Unidos) encontró una prevalencia media del 1,6%.

Desarrollo y curso Los rasgos

narcisistas pueden ser particularmente comunes en los adolescentes, pero no necesariamente indican que el individuo desarrollará un trastorno narcisista de la personalidad en la edad adulta. Los rasgos narcisistas predominantes o las manifestaciones del trastorno completo pueden llamar la atención clínica por primera vez o exacerbarse en el contexto de una vida inesperada o extremadamente desafiante.

experiencias o crisis, como quiebras, descensos de categoría o pérdida de trabajo, o divorcios. Además, las personas con trastorno de personalidad narcisista pueden tener dificultades específicas para adaptarse a la aparición de limitaciones físicas y ocupacionales inherentes al proceso de envejecimiento. Sin embargo, las experiencias de la vida, como nuevas relaciones duraderas, logros reales exitosos y decepciones y reveses tolerables, pueden ser correctivas y contribuir a cambios y mejoras en las personas con este trastorno.

Machine Translated by Google

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Los rasgos narcisistas pueden elevarse en contextos socioculturales que enfatizan el individualismo y la autonomía personal por encima de los objetivos colectivistas. En comparación con los contextos colectivistas, en los contextos individualistas, los rasgos narcisistas pueden justificar menos atención clínica o conducir con menor frecuencia a un deterioro social.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Entre los adultos de 18 años o más diagnosticados con trastorno de personalidad narcisista, entre el 50% y el 75% son hombres. Las diferencias de género en adultos con este trastorno incluyen una reactividad más fuerte en respuesta al estrés y un procesamiento empático comprometido en los hombres en comparación con el enfoque en uno mismo y el retraimiento en las mujeres. Los patrones y expectativas de género de base cultural también pueden contribuir a las diferencias de género en los rasgos y patrones del trastorno narcisista de la personalidad.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas

En el contexto de estrés severo, y dado el perfeccionismo a menudo asociado con el trastorno narcisista de la personalidad, la exposición a la imperfección, el fracaso y las emociones abrumadoras pueden evocar ideas suicidas. Los intentos de suicidio en personas con trastorno de personalidad narcisista tienden a ser menos impulsivos y se caracterizan por una mayor letalidad en comparación con los intentos de suicidio de personas con otros trastornos de personalidad.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de la personalidad y rasgos de personalidad.

Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno de personalidad narcisista porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene rasgos de personalidad que cumplen con los criterios de uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno narcisista de la personalidad, todos pueden diagnosticarse. La característica más útil para distinguir el trastorno narcisista de la personalidad de los trastornos histriónicos, antisociales y límite de la personalidad, en los que los estilos interactivos son coquetos, insensibles y necesitados, respectivamente, es la grandiosidad característica del trastorno narcisista de la personalidad. La relativa estabilidad de la autoimagen y el autocontrol, así como la relativa falta de autodestructividad, impulsividad, inseguridad de separación e hiperreactividad emocional, también ayudan a distinguir el trastorno narcisista de la personalidad del trastorno límite de la personalidad.

El orgullo excesivo por los logros, una relativa falta de exhibición emocional y la ignorancia o el desprecio por las sensibilidades de los demás ayudan a distinguir el trastorno de personalidad narcisista del trastorno de personalidad histriónico. Aunque las personas con trastornos de personalidad límite, histriónico y narcisista pueden requerir mucha atención, aquellos con trastorno de personalidad narcisista específicamente necesitan esa atención para ser admirados. Las personas con trastornos de personalidad antisociales y narcisistas comparten una tendencia a ser duros, simplistas, superficiales, explotadores y poco empáticos.
Sin embargo, el trastorno narcisista de la personalidad no necesariamente incluye características de agresividad impulsiva y engaño. Además, los individuos con trastorno de personalidad antisocial pueden ser más indiferentes y menos sensibles a las reacciones o críticas de los demás, y los individuos con trastorno de personalidad narcisista generalmente carecen de antecedentes de trastorno de conducta en la infancia o de conducta delictiva en la edad adulta.

Machine Translated by Google

Tanto en el trastorno de personalidad narcisista como en el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, el individuo puede profesar un compromiso con el perfeccionismo y creer que los demás no pueden hacer las cosas tan bien. Sin embargo, mientras que aquellos con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo tienden a estar más inmersos en el perfeccionismo relacionado con el orden y la rigidez, los individuos con trastorno de personalidad narcisista tienden a establecer altos estándares perfeccionistas, especialmente en cuanto a apariencia y desempeño, y a preocuparse críticamente si no lo son. Midiendo.

La desconfianza y el retraimiento social suelen distinguir a las personas con un trastorno de personalidad esquizotípico, evasivo o paranoide de aquellas con un trastorno de personalidad narcisista. Cuando estas cualidades están presentes en personas con trastorno narcisista de la personalidad, se derivan principalmente de la vergüenza y el miedo al fracaso, o del miedo a que se revelen imperfecciones o defectos.

Muchas personas de gran éxito muestran rasgos de personalidad que podrían considerarse narcisistas. Sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes y causan un deterioro funcional significativo o angustia subjetiva, constituyen un trastorno narcisista de la personalidad.

Manía o hipomanía. La grandiosidad puede surgir como parte de episodios maníacos o hipomaníacos, pero la asociación con cambios de humor o deficiencias funcionales ayuda a distinguir estos episodios del trastorno narcisista de la personalidad.

Trastornos por uso de sustancias. El trastorno narcisista de la personalidad también debe distinguirse del Síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el uso persistente de sustancias.

Trastorno depresivo persistente. Las experiencias que amenazan la autoestima pueden evocar un profundo sentimiento de inferioridad y sentimientos sostenidos de vergüenza, envidia, autocrítica e inseguridad en personas con trastorno narcisista de la personalidad que pueden resultar en sentimientos negativos persistentes similares a los observados en el trastorno depresivo persistente. Si también se cumplen los criterios para el trastorno depresivo persistente, se pueden diagnosticar ambas afecciones.

Comorbilidad El

trastorno narcisista de la personalidad se asocia con trastornos depresivos (trastorno depresivo persistente y trastorno depresivo mayor), anorexia nerviosa y trastornos por uso de sustancias (especialmente relacionados con la cocaína). Los trastornos de personalidad histriónicos, límite, antisocial y paranoico también pueden estar asociados con el trastorno de personalidad narcisista.

Trastornos de la personalidad del grupo C

Desorden de personalidad evasiva

Criterios de diagnóstico	F60.6

Un patrón generalizado de inhibición social, sentimientos de insuficiencia e hipersensibilidad.

Machine Translated by Google

a evaluación negativa, que comienza en la edad adulta temprana y se presenta en una variedad de contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes: 1. Evita

actividades ocupacionales que involucran contacto interpersonal significativo debido a temores de crítica, desaprobación o rechazo.

2. No está dispuesto a involucrarse con personas a menos que esté seguro de agradarle.

3. Muestra moderación en las relaciones íntimas por miedo a ser avergonzado. o ridiculizado.
4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
5. Se inhibe en nuevas situaciones interpersonales debido a sentimientos de insuficiencia.
6. Se considera socialmente inepto, personalmente poco atractivo o inferior a los demás.
7. Es inusualmente reacio a correr riesgos personales o a participar en actividades nuevas porque pueden resultar embarazosas.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad por evitación es un patrón generalizado de inhibición social, sentimientos de insuficiencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos.

Las personas con trastorno de personalidad por evitación evitan actividades laborales que impliquen contacto interpersonal significativo por temor a la crítica, la desaprobación o el rechazo (Criterio 1). Las ofertas de ascensos laborales pueden rechazarse porque el hecho de no gestionar las nuevas responsabilidades podría generar críticas por parte de los compañeros de trabajo. Estos individuos evitan hacer nuevos amigos a menos que estén seguros de que agradarán y serán aceptados sin críticas (Criterio 2). Hasta que pasen pruebas rigurosas que demuestren lo contrario, se supone que otras personas son críticas y desaprobadoras. Las personas con este trastorno evitan mucho las actividades grupales. La intimidad interpersonal suele ser difícil para estos individuos, aunque son capaces de establecer relaciones íntimas cuando tienen la seguridad de una aceptación acrítica. Pueden actuar con moderación, ser reacios a hablar de sí mismos y ocultar sentimientos íntimos por temor a ser expuestos, ridiculizados o avergonzados (Criterio 3).

Debido a que los individuos con este trastorno están preocupados por ser criticados o rechazados en situaciones sociales, pueden tener un umbral marcadamente bajo para detectar tales reacciones (Criterio 4). Si alguien lo desaprueba o lo critica aunque sea un poco, es posible que se sienta extremadamente herido. Suelen ser tímidos, callados, inhibidos e “invisibles” por temor a que cualquier atención sea crítica o rechazadora. Esperan que no importa lo que digan, los demás lo verán como “incorrecto” y, por lo tanto, es posible que no digan nada en absoluto. Reaccionan fuertemente a señales sutiles que sugieren burla o escarnio, y pueden malinterpretar un gesto o una declaración neutral como crítica o de rechazo. A pesar de su anhelo de participar activamente en la vida social, temen poner su bienestar psicológico en manos de otros. Los individuos con trastorno de personalidad por evitación se inhiben en nuevas situaciones interpersonales porque se sienten inadecuados y tienen baja autoestima (Criterio 5). Estos individuos se creen socialmente ineptos, personalmente poco atractivos o inferiores a los demás (Criterio 6). Las dudas sobre la competencia social y el atractivo personal pueden ser más intensas para algunos individuos en entornos que implican interacciones con extraños. Pero muchos otros informan más

Machine Translated by Google

dificultades con la interacción repetida, cuando normalmente se compartiría información personal, aumentando así, en la percepción del individuo, las posibilidades de que se revele su inferioridad y de que sea rechazado. Al comenzar un nuevo compromiso social u ocupacional que requiere interacción interpersonal repetida, los individuos pueden desarrollar durante semanas o meses una creciente convicción de que otros o colegas los ven como inferiores o carentes de valor, lo que resulta en una angustia o ansiedad intolerable que incita a la resignación. Por lo tanto, puede haber un historial de cambios de trabajo repetidos. Los individuos con este trastorno son inusualmente reacios a correr riesgos personales o a participar en actividades nuevas porque pueden resultar embarazosas (Criterio 7). Son propensos a exagerar los peligros potenciales de situaciones ordinarias, y un estilo de vida restringido puede resultar de su necesidad de certeza y seguridad.

Funciones asociadas

Las personas con trastorno de personalidad por evitación a menudo evalúan atentamente los movimientos y expresiones de aquellos con quienes entran en contacto. Es probable que

malinterpretan las respuestas sociales como críticas, lo que a su vez confirma sus dudas. Otros los describen como “tímidos”, “tímidos”, “solitarios” y “aislados”. Los principales problemas asociados con este trastorno ocurren en el funcionamiento social y ocupacional. La baja autoestima y la hipersensibilidad al rechazo se asocian con contactos interpersonales restringidos. Estas personas pueden quedar relativamente aisladas y, por lo general, no cuentan con una gran red de apoyo social que pueda ayudarles a superar las crisis. Desean afecto y aceptación y pueden fantasear con relaciones idealizadas con los demás. Las conductas de evitación también pueden afectar negativamente el funcionamiento ocupacional porque estos individuos intentan evitar los tipos de situaciones sociales que pueden ser importantes para satisfacer las demandas básicas del trabajo o para avanzar.

Se ha informado que las personas con trastorno de personalidad por evitación tienen estilos de apego inseguros caracterizados por un deseo de apego emocional (que puede incluir una preocupación por relaciones anteriores y actuales), pero sus temores de que otros no los valoren o puedan lastimarlos pueden llevarlos a responder con pasividad, ira o miedo. Estos patrones de apego se han denominado de diversas formas "preocupados" o "temerosos", según el modelo empleado por los investigadores.

Predominio

La prevalencia estimada del trastorno de personalidad por evitación basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 5,2%. La prevalencia del trastorno de personalidad por evitación en la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 2,4%. Una revisión de seis estudios epidemiológicos (cuatro en Estados Unidos) encontró una prevalencia media del 2,1%.

Desarrollo y curso La conducta evitativa

a menudo comienza en la infancia o niñez con timidez, aislamiento y miedo a los extraños y a las situaciones nuevas. Aunque la timidez en la infancia es un precursor común del trastorno de personalidad por evitación, en la mayoría de las personas tiende a disiparse gradualmente a medida que crecen. En

Machine Translated by Google

Por el contrario, los individuos que desarrollan un trastorno de personalidad por evitación pueden volverse cada vez más tímidos y evitativos durante la adolescencia y la edad adulta temprana, cuando las relaciones sociales con gente nueva se vuelven especialmente importantes. Existe cierta evidencia de que en los adultos el trastorno de la personalidad por evitación tiende a volverse menos evidente o a remitir con la edad; la prevalencia en adultos mayores de 65 años se ha estimado en 0,8%. Este diagnóstico debe utilizarse con gran precaución en niños y adolescentes, para quienes el comportamiento tímido y evasivo puede ser apropiado para su desarrollo.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

Puede haber variaciones en el grado en que los diferentes grupos culturales y étnicos consideran apropiada la desconfianza y la evitación. Además, el comportamiento evasivo puede ser el resultado de problemas de aculturación después de la migración. En algunos contextos socioculturales, una marcada evitación puede ocurrir después de una vergüenza social ("pérdida de prestigio") o de no alcanzar objetivos importantes de la vida, en lugar de una timidez temperamental. En estos entornos, el objetivo de evitar incluye la minimización deliberada de las interacciones sociales para preservar la armonía social o prevenir ofensas públicas.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

El trastorno de personalidad por evitación parece ser más común en mujeres que en hombres en encuestas comunitarias. Esta diferencia de género en la prevalencia es pequeña pero se encuentra consistentemente en grandes muestras de población.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad social. Parece haber una gran superposición entre el trastorno de la personalidad por evitación y el trastorno de ansiedad social. Se ha sugerido que pueden representar diferentes manifestaciones de problemas subyacentes similares, o que el trastorno de personalidad por evitación puede ser una forma más grave de trastorno de ansiedad social. Sin embargo, también se han descrito diferencias, especialmente en relación al autoconcepto (como la autoestima y el sentimiento de inferioridad en el trastorno de la personalidad por evitación); esta última es una evidencia indirecta, ya que muestra que el autoconcepto negativo en el trastorno de ansiedad social puede ser inestable y, por tanto, menos generalizado y arraigado que en el trastorno de personalidad por evitación. Además, los estudios han demostrado que el trastorno de la personalidad por evitación ocurre con frecuencia en ausencia de un trastorno de ansiedad social, y se han identificado algunos factores de riesgo separados, lo que respalda la conservación de dos categorías de diagnóstico separadas.

Agorafobia. La evitación caracteriza tanto el trastorno de la personalidad por evitación como la agorafobia y, a menudo, coexisten. Se pueden distinguir por la motivación para evitarlo (p. ej., miedo al pánico o al daño físico en la agorafobia).

Otros trastornos de la personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno de la personalidad por evitación porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene rasgos de personalidad que cumplen con los criterios de uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno de la personalidad por evitación, todos pueden diagnosticarse. Tanto el trastorno de personalidad por evitación como el trastorno de personalidad dependiente se caracterizan por sentimientos de

Machine Translated by Google

insuficiencia, hipersensibilidad a las críticas y necesidad de tranquilidad. Se pueden observar comportamientos (p. ej., falta de asertividad) y atributos (p. ej., baja autoestima y baja confianza en uno mismo) similares tanto en el trastorno de personalidad dependiente como en el trastorno de personalidad evitativo, aunque otros comportamientos son notablemente divergentes, como la evitación de la proximidad social en el trastorno evitativo. trastorno de personalidad pero búsqueda de proximidad en el trastorno de personalidad dependiente. Las motivaciones detrás de comportamientos similares pueden ser bastante diferentes. Por ejemplo, la falta de asertividad en el trastorno de personalidad por evitación se describe como más estrechamente relacionada con el miedo a ser rechazado o humillado, mientras que en el trastorno de personalidad dependiente está motivada por el deseo de evitar que lo dejen a su suerte. Sin embargo, es especialmente probable que coexistan el trastorno de personalidad por evitación y el trastorno de personalidad dependiente. Al igual que el trastorno de personalidad por evitación, el trastorno esquizoide de la personalidad y el trastorno esquizotípico de la personalidad se caracterizan por el aislamiento social. Sin embargo, las personas con trastorno de personalidad por evitación quieren tener relaciones con los demás y sienten profundamente su soledad, mientras que aquellos con trastorno de personalidad esquizoide o esquizotípico pueden estar contentos con su aislamiento social e incluso preferirlo. El trastorno de personalidad paranoide y el trastorno de personalidad por evitación se caracterizan por la renuencia a confiar en los demás. Sin embargo, en el trastorno de personalidad por evitación, esta desgana es atribuible más al miedo a la humillación o a ser considerado inadecuado que al miedo a las intenciones maliciosas de los demás.

Muchas personas muestran rasgos de personalidad evasivos. Sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes y causan un deterioro funcional significativo o malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad por evitación.

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. El trastorno de personalidad por evitación debe distinguirse del cambio de personalidad debido a otra afección médica, en el que los rasgos que emergen son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.

Trastornos por uso de sustancias. El trastorno de personalidad por evitación también debe distinguirse del Síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el uso persistente de sustancias.

Comorbilidad Otros

trastornos que comúnmente se diagnostican con el trastorno de personalidad por evitación incluyen los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad social. El trastorno de personalidad por evitación también tiende a diagnosticarse con trastorno esquizoide de la personalidad. El trastorno de personalidad por evitación se asocia con mayores tasas de trastornos por uso de sustancias a un ritmo similar a la forma generalizada de trastorno de ansiedad social.

Trastorno de personalidad dependiente

Criterios de diagnóstico F60.7

Una necesidad generalizada y excesiva de ser atendido que conduce a un comportamiento sumiso y aferrado y a temores de separación, que comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes:

Machine Translated by Google

1. Tiene dificultades para tomar decisiones cotidianas sin demasiados consejos.
y tranquilidad de los demás.
2. Necesita que otros asuman la responsabilidad de la mayoría de las áreas importantes de su vida.
3. Tiene dificultad para expresar desacuerdo con los demás por miedo a perder apoyo o aprobación. (Nota:
no incluya temores realistas de represalias).
4. Tiene dificultades para iniciar proyectos o hacer cosas por sí solo (debido a una falta de confianza en sí
mismo en su juicio o habilidades más que por falta de motivación o energía).

5. Hace todo lo posible para obtener cariño y apoyo de los demás, hasta el punto de ofrecerse como
voluntario para hacer cosas que le resultan desagradables.
6. Se siente incómodo o impotente cuando está solo debido a temores exagerados de
no poder cuidar de sí mismo.
7. Busca urgentemente otra relación como fuente de cuidado y apoyo cuando termina una relación cercana.

8. Está irrealmente preocupado por el temor de tener que cuidar de sí mismo o
sí misma.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de personalidad dependiente es una necesidad generalizada y excesiva de ser atendido que conduce a un comportamiento sumiso y aferrado y a temores de separación. Este patrón comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos. Los comportamientos dependientes y sumisos están diseñados para provocar cuidados y surgen de una autopercepción de no poder funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás.

Las personas con trastorno de personalidad dependiente tienen grandes dificultades para tomar decisiones cotidianas (p. ej., qué color de camisa usar para ir al trabajo o si llevar paraguas) sin demasiados consejos y tranquilidad por parte de los demás (Criterio 1). Estos individuos tienden a ser pasivos y a permitir que otras personas (a menudo una sola persona) tomen la iniciativa y asuman la responsabilidad de la mayoría de las áreas importantes de sus vidas (Criterio 2). Los adultos con este trastorno generalmente dependen de sus padres o cónyuge para decidir dónde deben vivir, qué tipo de trabajo deben tener y con qué vecinos entablar amistad. Los adolescentes con este trastorno pueden permitir que sus padres decidan qué deben vestir, con quién deben asociarse, cómo deben pasar su tiempo libre y a qué escuela o universidad deben asistir. Esta necesidad de que otros asuman responsabilidad va más allá de las solicitudes de asistencia de otros apropiadas para la edad y la situación (por ejemplo, las necesidades específicas de niños, personas mayores y personas discapacitadas). El trastorno de personalidad dependiente puede ocurrir en un individuo que tiene una condición médica grave o una discapacidad, pero en tales casos la dificultad para asumir responsabilidad debe ir más allá de lo que normalmente se asociaría con esa condición o discapacidad.

Debido a que temen perder apoyo o aprobación, las personas con trastorno de personalidad dependiente a menudo tienen dificultades para expresar su desacuerdo con otras personas, especialmente aquellas de quienes dependen (Criterio 3). Estos individuos se sienten tan incapaces de funcionar solos que estarán de acuerdo con las cosas que consideran incorrectas en lugar de arriesgarse a perder la ayuda de aquellos a quienes

Machine Translated by Google

busque orientación. No expresan enojo hacia otros cuyo apoyo y cuidado necesitan por temor a alienarlos. Si las preocupaciones del individuo con respecto a las consecuencias de expresar desacuerdo son realistas (p. ej., temores realistas de represalias por parte de un cónyuge abusivo), el comportamiento no debe considerarse evidencia de un trastorno de personalidad dependiente.

Las personas con este trastorno tienen dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas de forma independiente (Criterio 4). Carecen de confianza en sí mismos y creen que necesitan ayuda para comenzar y llevar a cabo las tareas. Esperarán a que otros empiecen las cosas porque creen que, por regla general, otros pueden hacerlo mejor. Estos individuos están convencidos de que son incapaces de funcionar de forma independiente y se presentan como ineptos y que necesitan asistencia constante. Sin embargo, es probable que funcionen adecuadamente si se les da la seguridad de que alguien más los supervisa y aprueba. Puede tener miedo de volverse o parecer más competente, porque puede creer que esto conducirá a la pérdida de apoyo. Debido a que dependen de otros para manejar sus problemas, a menudo no aprenden las habilidades para una vida independiente, perpetuando así la dependencia.

Las personas con trastorno de personalidad dependiente pueden hacer todo lo posible para obtener cariño y apoyo de los demás, incluso hasta el punto de ofrecerse como voluntarios para tareas desagradables si ese comportamiento les proporciona la atención que necesitan (Criterio 5). Están dispuestos a someterse a lo que los demás quieren, incluso si las exigencias no son razonables. Su necesidad de mantener un vínculo importante a menudo resultará en relaciones desequilibradas o distorsionadas. Pueden hacer sacrificios extraordinarios o tolerar abusos verbales, físicos o sexuales. (Cabe señalar que este comportamiento debe considerarse evidencia de un trastorno de personalidad dependiente sólo cuando se puede establecer claramente que el individuo tiene otras opciones disponibles). Los individuos con este trastorno se sienten incómodos o impotentes cuando están solos debido a sus miedos exagerados a estar solos. incapaces de cuidar de sí mismos (Criterio 6).

Cuando termina una relación cercana (p. ej., una ruptura con un amante, la muerte de un cuidador), las personas con trastorno de personalidad dependiente pueden buscar urgentemente otra relación que les brinde la atención y el apoyo que necesitan (Criterio 7). Su creencia de que son incapaces de funcionar sin una relación cercana motiva a estos individuos a apegarse rápida e indiscriminadamente a otro individuo. Las personas con este trastorno a menudo están preocupadas por el temor de tener que cuidar de sí mismas (Criterio 8). Se consideran tan totalmente dependientes del consejo y la ayuda de otra persona importante que les preocupa perder el apoyo de esa persona cuando no hay motivos que justifiquen tales temores. Para ser considerados como evidencia de este criterio, los temores deben ser excesivos y poco realistas. Por ejemplo, un anciano con cáncer que se muda a la casa de su hijo para recibir cuidados muestra un comportamiento dependiente que es apropiado dadas las circunstancias de la vida de esta persona.

Funciones asociadas

Las personas con trastorno de personalidad dependiente a menudo se caracterizan por el pesimismo y las dudas sobre sí mismos y tienden a menospreciar sus habilidades y activos. Toman las críticas y la desaprobación como prueba de su inutilidad y pierden la fe en sí mismos. Pueden buscar sobreprotección y dominio de los demás. El funcionamiento ocupacional puede verse afectado si se requiere iniciativa independiente. Pueden evitar puestos de responsabilidad y volverse ansiosos cuando se enfrentan a decisiones.

Predominio

Machine Translated by Google

La prevalencia estimada del trastorno de personalidad dependiente basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 0,6%. El

La prevalencia del trastorno de personalidad dependiente en la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 0,5%. Una revisión de seis estudios epidemiológicos (cuatro en Estados Unidos) encontró una prevalencia media del 0,4%.

Desarrollo y evolución

Este diagnóstico debe utilizarse con gran precaución, en todo caso, en niños y adolescentes, para quienes la conducta dependiente puede ser apropiada desde el punto de vista del desarrollo.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

El grado en que las conductas dependientes se consideran apropiadas varía sustancialmente según las diferentes edades y grupos socioculturales. Es necesario considerar la edad y los factores culturales al evaluar el umbral de diagnóstico de cada criterio. El comportamiento dependiente debe considerarse característico del trastorno sólo cuando excede claramente las normas culturales del individuo o refleja preocupaciones poco realistas. El énfasis en la pasividad, la cortesía y el trato deferente es característico de algunas sociedades y puede malinterpretarse como rasgos del trastorno de personalidad dependiente. De manera similar, las sociedades pueden fomentar y desalentar de manera diferente el comportamiento dependiente en hombres y mujeres. Las personas con trastorno de personalidad dependiente exhiben una incapacidad generalizada para tomar decisiones, sentimientos continuos de subyugación, falta de iniciativa, silencio y distanciamiento social que exceden con creces las normas culturales habituales de cortesía y pasividad decidida.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

En entornos clínicos y comunitarios, el trastorno de personalidad dependiente se ha diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad por separación en adultos. Los adultos con trastorno de ansiedad por separación suelen estar demasiado preocupados por sus hijos, cónyuges, padres y mascotas, y experimentan una marcada incomodidad cuando se separan de ellos. Por el contrario, las personas con trastorno de personalidad dependiente se sienten incómodas o impotentes cuando están solas debido a temores exagerados de no poder cuidar de sí mismas.

Otros trastornos mentales y condiciones médicas. El trastorno de personalidad dependiente debe distinguirse de la dependencia que surge como consecuencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastornos de pánico, agorafobia) y como resultado de otras afecciones médicas.

Otros trastornos de la personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno de personalidad dependiente porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene rasgos de personalidad que cumplen con los criterios de uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno de personalidad dependiente, todos pueden diagnosticarse.

Machine Translated by Google

Aunque muchos trastornos de la personalidad se caracterizan por rasgos dependientes, el trastorno de la personalidad dependiente se puede distinguir por su comportamiento predominantemente sumiso y aferrado y por la autopercepción de la persona de no poder funcionar adecuadamente sin la ayuda y el apoyo de los demás. Tanto el trastorno de personalidad dependiente como el trastorno límite de la personalidad se caracterizan por el miedo al abandono; sin embargo, el individuo con trastorno límite de la personalidad reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia y demandas, mientras que el individuo con trastorno de personalidad dependiente reacciona con creciente apaciguamiento y sumisión y busca urgentemente una relación de reemplazo que le brinde cuidado y apoyo. El trastorno límite de la personalidad se puede distinguir además del trastorno dependiente.

Trastorno de personalidad por un patrón típico de relaciones inestables e intensas. Las personas con trastorno de personalidad histriónica, al igual que aquellas con trastorno de personalidad dependiente, tienen una gran necesidad de tranquilidad y aprobación y pueden parecer infantiles y aferradas. Sin embargo, a diferencia del trastorno de personalidad dependiente, que se caracteriza por un comportamiento modesto y dócil, el trastorno de personalidad histriónico se caracteriza por una extravagancia gregaria con demandas activas de atención. Además, las personas con trastorno de personalidad histriónica suelen tener menos conocimiento sobre sus necesidades de dependencia subyacentes que las personas con trastorno de personalidad dependiente. Tanto el trastorno de personalidad dependiente como el trastorno de personalidad por evitación se caracterizan por sentimientos de insuficiencia, hipersensibilidad a las críticas y necesidad de tranquilidad; sin embargo, las personas con trastorno de personalidad por evitación tienen un miedo tan fuerte a la humillación y el rechazo que se retiran hasta estar seguros de que serán aceptados. Por el contrario, los individuos con trastorno de personalidad dependiente tienen un patrón de buscar y mantener conexiones con otras personas importantes, en lugar de evitar y retirarse de las relaciones.

Muchas personas muestran rasgos de personalidad dependientes. Sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes y causan un deterioro funcional significativo o malestar subjetivo, constituyen un trastorno de personalidad dependiente.

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. El trastorno de personalidad por dependencia debe distinguirse del cambio de personalidad debido a otra afección médica, en el que los rasgos que emergen son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.

Trastornos por uso de sustancias. El trastorno de personalidad dependiente también debe distinguirse del Síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el uso persistente de sustancias.

Comorbilidad Puede haber un mayor riesgo de sufrir trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación. El trastorno de personalidad dependiente a menudo coexiste con otros trastornos de personalidad, especialmente los trastornos de personalidad límite, evitativo e histriónico. Una enfermedad física crónica o un trastorno de ansiedad por separación persistente en la infancia o la adolescencia pueden predisponer al individuo al desarrollo de este trastorno.

Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo

Machine Translated by Google

Criterios de diagnóstico	F60.5

Un patrón generalizado de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la apertura y la eficiencia, que comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes : 1. Está preocupado por los detalles, reglas,

listas, orden, organización o horarios del

hasta tal punto que se pierde el punto principal de la actividad.

2. Muestra perfeccionismo que interfiere con la finalización de la tarea (por ejemplo, no puede completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).
3. Se dedica excesivamente al trabajo y la productividad, excluyendo las actividades de ocio y las amistades (no explicadas por una necesidad económica obvia).
4. Es demasiado concienzudo, escrupuloso e inflexible en cuestiones de moralidad, ética o valores (no explicados por identificación cultural o religiosa).

5. Es incapaz de deshacerse de objetos gastados o sin valor incluso cuando no tienen valor sentimental.

6. Se muestra reacio a delegar tareas o trabajar con otros a menos que se sometan exactamente a su forma de hacer las cosas.
7. Adopta un estilo de gasto avaro tanto hacia sí mismo como hacia los demás; el dinero es visto como algo que guardar para futuras catástrofes.
8. Muestra rigidez y terquedad.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo es la preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la apertura y la eficiencia. Este patrón comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos.

Los individuos con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo intentan mantener una sensación de control mediante una atención minuciosa a las reglas, detalles triviales, procedimientos, listas, horarios o formas hasta el punto de perder el objetivo principal de la actividad (Criterio 1). Son excesivamente cuidadosos y propensos a la repetición, prestan extraordinaria atención a los detalles y comprueban repetidamente posibles errores, perdiendo la noción del tiempo en el proceso. Por ejemplo, cuando esas personas extravían una lista de cosas por hacer, dedicarán una cantidad excesiva de tiempo a buscar la lista en lugar de dedicar unos momentos a hacer todo lo posible para recrearla de memoria y proceder a realizar las tareas. Descartan el hecho de que otras personas tienden a molestarse mucho por los retrasos e inconvenientes que resultan de este comportamiento porque responden preferentemente a su ansiedad por cometer un error o a su insistencia en cómo se deben hacer las cosas. El tiempo está mal asignado y las tareas más importantes se dejan para el último momento. El perfeccionismo y los altos estándares de desempeño autoimpuestos causan disfunción y angustia significativas en estos individuos. Pueden llegar a involucrarse tanto en hacer cada

Machine Translated by Google

Detalle de un proyecto absolutamente perfecto que el proyecto nunca se termina (Criterio 2). Por ejemplo, la finalización de un informe escrito se retrasa debido a numerosas reescrituras que requieren mucho tiempo y que no llegan a ser “perfecciones”. Los plazos se incumplen habitualmente o el individuo tiene un patrón de realizar un esfuerzo extraordinario (por ejemplo, trabajar toda la noche, saltarse comidas) para cumplir el plazo en el último momento, y aspectos de la vida del individuo que no son el foco actual de actividad. puede caer en el desorden.

Los individuos con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo muestran una devoción excesiva por el trabajo y la productividad hasta el punto de excluir o devaluar las actividades de ocio y las amistades (Criterio 3). Este comportamiento no se explica por la necesidad económica. A menudo sienten que no tienen tiempo para tomarse una tarde o un fin de semana libre para salir de excursión o simplemente para relajarse. Es posible que sigan posponiendo una actividad placentera, como unas vacaciones, para que nunca ocurra. Cuando a regañadientes se toman tiempo para actividades de ocio o vacaciones, se sienten muy incómodos a menos que lleven algo en qué trabajar para no “perder el tiempo”. Puede haber una gran concentración en las tareas del hogar (p. ej., limpieza excesiva y repetida para que “se pueda comer del suelo”). Si pasan tiempo con amigos, es probable que sea en algún tipo de actividad organizada formalmente (por ejemplo, deportes). Los pasatiempos o las actividades recreativas se abordan como tareas serias o con intensidad metódica, que requieren una organización cuidadosa y trabajo duro para dominarlas. El énfasis está en el rendimiento perfecto. Estos individuos convierten el juego en una tarea estructurada similar a un trabajo (por ejemplo, corregir a un bebé por no colocar los anillos en el poste en el orden correcto; decirle a un niño pequeño que monte su triciclo en línea recta; convertir un partido de béisbol en una dura “lección”). ”).

Los individuos con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo pueden ser excesivamente concienzudos, escrupulosos e inflexibles en cuestiones de moralidad, ética o valores (Criterio 4). Pueden obligarse a sí mismos y a otros a seguir principios morales rígidos y estándares de desempeño muy estrictos. También pueden ser despiadadamente autocríticos acerca de sus propios

errores o juzgar duramente los errores morales o éticos de otros. Las personas con este trastorno muestran una rígida deferencia hacia la autoridad y las reglas e insisten en un cumplimiento bastante literal, sin alterar las reglas por circunstancias atenuantes. Por ejemplo, el individuo no le prestará un dólar a un amigo al que le falta el pasaje necesario para tomar un autobús porque “ni es prestatario ni prestatario” o porque sería “malo” para el carácter del amigo. Estas cualidades no deben ser explicadas por la identificación cultural o religiosa del individuo.

Las personas con este trastorno pueden ser incapaces de deshacerse de objetos gastados o sin valor, incluso cuando no tienen valor sentimental (Criterio 5). A menudo estos individuos admitirán ser "ratas de manada". Consideran que desechar objetos es un desperdicio porque “nunca se sabe cuándo puedes necesitar algo”. El desorden también puede resultar de una acumulación de material de aprendizaje parcialmente leído o de proyectos inacabados que el individuo pretende realizar algún día pero que han sido dejados de lado debido a la procrastinación y/o un estilo de trabajo meticuloso pero lento. Estos individuos se enojarán si alguien intenta deshacerse de las cosas que han guardado. Sus cónyuges o compañeros de cuarto pueden quejarse de la cantidad de espacio que ocupan piezas viejas, montones de material de lectura, electrodomésticos rotos, etc.

Los individuos con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo son reacios a delegar tareas o trabajar con otros (Criterio 6). Insisten terca e irrazonablemente en que todo se haga a su manera y que la gente se ajuste a su forma de hacer las cosas. A menudo dan muy

Machine Translated by Google

instrucciones detalladas sobre cómo se deben hacer las cosas (p. ej., hay una y sólo una manera de cortar el césped, lavar los platos, cargar el lavavajillas, construir una caseta para el perro), incluso hasta el punto de microgestionar a los demás, y se sorprenden e irritan si otros sugieren alternativas creativas. En otras ocasiones, pueden rechazar ofertas de ayuda incluso cuando están retrasadas porque creen que nadie más puede hacerlo bien.

Las personas con este trastorno pueden ser avaras y tacaños (tener dificultades para gastar dinero en sí mismos y en los demás) y mantener un nivel de vida muy por debajo de lo que pueden permitirse, creyendo que el gasto debe controlarse estrictamente para prever catástrofes futuras (Criterio 7).

El trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo se caracteriza por rigidez y terquedad (Criterio 8). Las personas con este trastorno están tan preocupadas por hacer las cosas de la manera "correcta" que les cuesta aceptar las ideas de los demás. Estas personas planifican con meticuloso detalle y no están dispuestas a considerar cambios en estos planes o en sus rutinas habituales. Totalmente absortos en su propia perspectiva, les resulta difícil reconocer los puntos de vista de los demás. Amigos y colegas pueden sentirse frustrados por esta rigidez constante.

Incluso cuando las personas con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo reconocen que puede ser de su interés llegar a un acuerdo, es posible que se nieguen obstinadamente a hacerlo, argumentando que es "el principio de la cosa".

Funciones asociadas

Cuando las reglas y los procedimientos establecidos no dictan la respuesta correcta, la toma de decisiones puede convertirse en un proceso lento y a menudo doloroso (por ejemplo, investigar exhaustivamente opciones antes de realizar una compra). Las personas con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo pueden tener tantas dificultades para decidir qué tareas tienen prioridad o cuál es la mejor manera de realizar una tarea en particular que es posible que nunca comiencen a hacer nada. Son propensos a enfadarse o enojarse en situaciones en las que no pueden mantener el control de su entorno físico o interpersonal, aunque el enfado normalmente no se expresa directamente. Por ejemplo, una persona puede enfadarse cuando el servicio en un restaurante es deficiente, pero en lugar de quejarse ante la dirección, reflexiona sobre cuánto dejar como propina. En otras ocasiones, la ira puede expresarse con justa indignación por un asunto aparentemente menor. Los individuos con este trastorno pueden estar especialmente atentos a su estatus relativo en las relaciones de dominación-sumisión y pueden mostrar una deferencia excesiva hacia una autoridad que respetan y una resistencia excesiva hacia una autoridad que no respetan.

Las personas con este trastorno tienen dificultad para relacionarse y compartir emociones. Por ejemplo, pueden expresar afecto de una manera muy controlada o forzada y pueden sentirse muy incómodos en presencia de otras personas que son emocionalmente expresivas. Sus relaciones cotidianas tienen un carácter formal y serio, y pueden mostrarse rígidos en situaciones en las que otros sonreirían y estarían felices (por ejemplo, saludar a un amante en el aeropuerto). Se reprimen con cuidado hasta estar seguros de que todo lo que digan será perfecto. Pueden estar preocupados por la lógica y el intelecto y ser intolerantes con las manifestaciones de emoción de los demás. A menudo tienen dificultades para expresar sentimientos tiernos y rara vez hacen cumplidos. Las personas con este trastorno pueden experimentar dificultades y angustia ocupacionales, particularmente cuando se enfrentan a

Machine Translated by Google

nuevas situaciones que exigen flexibilidad y compromiso.

Predominio

La prevalencia estimada del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo basada en una submuestra de probabilidad de la Parte II de la Réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad fue del 2,4%. La prevalencia del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo en la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas fue del 7,9%. Una revisión de cinco estudios epidemiológicos (tres en Estados Unidos) encontró una prevalencia media del 4,7%.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Al evaluar a un individuo para detectar un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, el médico no debe incluir aquellas conductas que reflejen hábitos, costumbres o estilos interpersonales culturalmente sancionados por el grupo de referencia del individuo. Ciertas comunidades culturales ponen un énfasis sustancial en el trabajo y la productividad, y algunos miembros de grupos socioculturales (por ejemplo, ciertos grupos religiosos, profesiones, inmigrantes) pueden en ocasiones adoptar rígidamente códigos de conducta; demandas laborales; entornos sociales restrictivos; reglas de comportamiento; o estándares que enfatizan el exceso de escrupulosidad, la escrupulosidad moral y la lucha por el perfeccionismo que pueden ser reforzados por normas del grupo cultural. Estos comportamientos no deben considerarse por sí solos indicios de un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

En grandes estudios poblacionales, el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo parece tener la misma prevalencia en hombres y mujeres.

Diagnóstico Diferencial

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). A pesar de la similitud de los nombres, el TOC suele distinguirse fácilmente del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo por la presencia de verdaderas obsesiones y compulsiones en el TOC. Cuando se cumplen los criterios tanto para el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo como para el TOC, se deben registrar ambos diagnósticos.

Trastorno de acaparamiento. Se debe considerar un diagnóstico de trastorno de acaparamiento, especialmente cuando el acaparamiento es extremo (p. ej., las pilas acumuladas de objetos sin valor presentan un riesgo de incendio y dificultan que otras personas caminen por la casa). Cuando se cumplen los criterios tanto para el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo como para el trastorno de acaparamiento, se deben registrar ambos diagnósticos.

Otros trastornos de la personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo porque tienen ciertas características en común. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos en función de las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene personalidad

Todas las características que cumplen los criterios de uno o más trastornos de la personalidad, además del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, pueden diagnosticarse. Las personas con trastorno narcisista de la personalidad también pueden profesar un compromiso con el perfeccionismo y creer que los demás no pueden hacerlo.

Machine Translated by Google

cosas también, pero es más probable que estos individuos crean que han alcanzado la perfección, mientras que aquellos con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo suelen ser autocríticos.
Los individuos con trastorno de personalidad narcisista o antisocial carecen de generosidad pero se complacen a sí mismos, mientras que aquellos con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo adoptan un estilo de gasto avaro tanto hacia ellos mismos como hacia los demás. Tanto el trastorno esquizoide de la personalidad como el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo pueden caracterizarse por una aparente formalidad y desapego social. En el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, esto se debe a la incomodidad con las emociones y la devoción excesiva al trabajo, mientras que en el trastorno esquizoide de la personalidad hay una falta fundamental de capacidad para la intimidad.

Los rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos con moderación pueden ser especialmente adaptativos, particularmente en situaciones que recompensan el alto desempeño. Sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes y causan un deterioro funcional significativo o malestar subjetivo, constituyen un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo.

Cambio de personalidad debido a otra condición médica. El trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo debe distinguirse del cambio de personalidad debido a otra afección médica, en el que los rasgos son una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.

Trastornos por uso de sustancias. El trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo también debe distinguirse de los síntomas que pueden desarrollarse en asociación con el consumo persistente de sustancias.

Comorbilidad Los individuos con trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad social, fobias específicas) y TOC tienen una mayor probabilidad de tener un trastorno de la personalidad que cumpla con los criterios del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo. Aun así, parece que la mayoría de las personas con TOC no tienen un patrón de conducta que cumpla con los criterios de este trastorno de personalidad. Muchas de las características del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo se superponen con las características de personalidad “tipo A” (p. ej., preocupación por el trabajo, competitividad, urgencia de tiempo), y estas características pueden estar presentes en individuos con riesgo de sufrir un infarto de miocardio. Puede existir una asociación entre el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo y los trastornos depresivos, bipolares y los trastornos alimentarios.

Otros trastornos de la personalidad

Cambio de personalidad debido a otra condición médica

Criterios de diagnóstico	F07.0

A. Un trastorno persistente de la personalidad que representa un cambio con respecto a la patrón de personalidad característico previo del individuo.
Nota: En los niños, la alteración implica una marcada desviación del desarrollo normal o un cambio significativo en los patrones de conducta habituales del niño, que dura

Machine Translated by Google

al menos 1 año.

B. Existe evidencia a partir de la anamnesis, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (incluido otro trastorno mental debido a otra afección médica).

D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Tipo lábil: Si el rasgo predominante es la labilidad afectiva.

Tipo desinhibido: Si el rasgo predominante es un mal control de los impulsos como lo demuestran las indiscreciones sexuales, etc.

Tipo agresivo: Si el rasgo predominante es el comportamiento agresivo.

Tipo apático: Si el rasgo predominante es una marcada apatía e indiferencia.

Tipo paranoide: si el rasgo predominante es la suspicacia o la ideación paranoide.

Otro tipo: Si la presentación no se caracteriza por ninguno de los subtipos anteriores.

Tipo combinado: si en el cuadro clínico predomina más de una característica.

Tipo no especificado

Nota de codificación: incluya el nombre de la otra afección médica (p. ej., F07.0 cambio de personalidad debido a epilepsia del lóbulo temporal). La otra afección médica debe codificarse y enumerarse por separado inmediatamente antes del cambio de personalidad debido a otra afección médica (p. ej., G40.209 epilepsia del lóbulo temporal; F07.0 cambio de personalidad debido a epilepsia del lóbulo temporal).

Subtipos El

cambio particular de personalidad se puede especificar indicando la presentación de síntomas que predomina en la presentación clínica.

Características diagnósticas

La característica esencial de un cambio de personalidad debido a otra afección médica es una alteración persistente de la personalidad que se considera una consecuencia fisiológica de otra afección médica. La alteración de la personalidad representa un cambio con respecto al patrón de personalidad característico anterior del individuo. En los niños, esta condición puede manifestarse como una marcada desviación del desarrollo normal más que como un cambio en un patrón de personalidad estable (Criterio A). Debe haber evidencia de la historia, el examen físico o el laboratorio.

Machine Translated by Google

hallazgos de que el cambio de personalidad es la consecuencia fisiológica directa de otra condición médica (Criterio B). El diagnóstico no se da si la alteración se explica mejor por otro trastorno mental (Criterio C). El diagnóstico no se da si la alteración ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio (Criterio D). La alteración también debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio E).

Las manifestaciones comunes del cambio de personalidad incluyen inestabilidad afectiva, control deficiente de los impulsos, estallidos de agresión o ira muy desproporcionados con cualquier factor estresante psicosocial precipitante, marcada apatía, suspicacia o ideación paranoide. La fenomenología del cambio se indica utilizando los subtipos enumerados en el conjunto de criterios. Los demás suelen caracterizar a un individuo con este trastorno como "no él mismo [o ella misma]". Aunque comparte el término "personalidad" con otros trastornos de la personalidad, este diagnóstico se distingue en virtud de su etiología específica, fenomenología diferente y un inicio y curso más variables.

La presentación clínica en un individuo determinado puede depender de la naturaleza y localización del proceso patológico. Por ejemplo, una lesión en los lóbulos frontales puede producir

síntomas como falta de juicio o previsión, jocosidad, desinhibición y euforia.
En este ejemplo, el diagnóstico de cambio de personalidad debido a una lesión del lóbulo frontal se haría si una alteración persistente de la personalidad es una desviación del patrón de personalidad característico del individuo antes de la lesión (Criterio A). A menudo se ha demostrado que los accidentes cerebrovasculares en el hemisferio derecho evocan cambios de personalidad asociados con negligencia espacial unilateral, anosognosia (es decir, incapacidad del individuo para reconocer un déficit corporal o funcional, como la existencia de hemiparesia), impersistencia motora y otros déficits neurológicos.

Funciones asociadas

Una variedad de afecciones neurológicas y otras afecciones médicas pueden causar cambios de personalidad, incluidas neoplasias del sistema nervioso central, traumatismos craneoencefálicos, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad de Huntington, epilepsia, afecciones infecciosas con afectación del sistema nervioso central (p. ej., VIH), afecciones endocrinas (p. ej., hipotiroidismo, hipo e hiperadrenocorticismo) y enfermedades autoinmunes con afectación del sistema nervioso central (p. ej., lupus eritematoso sistémico). Los hallazgos asociados del examen físico, los hallazgos de laboratorio y los patrones de prevalencia e inicio reflejan los de la afección neurológica u otra afección médica involucrada.

Diagnóstico diferencial

Condiciones médicas crónicas asociadas con dolor y discapacidad. Las condiciones médicas crónicas asociadas con el dolor y la discapacidad también pueden estar asociadas con cambios de personalidad. El diagnóstico de cambio de personalidad debido a otra afección médica se realiza sólo si se puede establecer un mecanismo fisiopatológico directo. Este diagnóstico no se da si el cambio se debe a un ajuste conductual o psicológico o a una respuesta a otra afección médica (p. ej., conductas dependientes que resultan de la necesidad de ayuda de otros después de un traumatismo craneoencefálico grave, una enfermedad cardiovascular o demencia).

Delirio o trastorno neurocognitivo mayor. El cambio de personalidad es una característica frecuentemente asociada de una

Machine Translated by Google

delirio o trastorno neurocognitivo mayor. No se realiza un diagnóstico separado de cambio de personalidad debido a otra afección médica si el cambio ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio. Sin embargo, el diagnóstico de cambio de personalidad debido a otra afección médica puede darse además del diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor si se considera que el cambio de personalidad es una consecuencia fisiológica del proceso patológico que causa el trastorno neurocognitivo y si el cambio de personalidad es una parte destacada de la presentación clínica.

Otro trastorno mental debido a otra condición médica. El diagnóstico de cambio de personalidad debido a otra afección médica no se da si la alteración se explica mejor por otro trastorno mental debido a otra afección médica (p. ej., trastorno depresivo debido a un tumor cerebral).

Trastornos por uso de sustancias. También pueden ocurrir cambios de personalidad en el contexto de trastornos por uso de sustancias, especialmente si el trastorno es de larga duración. El médico debe indagar cuidadosamente sobre la naturaleza y el alcance del consumo de sustancias. Si el médico desea indicar una relación etiológica entre el cambio de personalidad y el consumo de sustancias, se puede utilizar la otra categoría especificada para la sustancia específica (p. ej., otro trastorno específico relacionado con estimulantes con cambio de personalidad).

Otros trastornos mentales. Los cambios marcados de personalidad también pueden ser una característica asociada de otros trastornos mentales (p. ej., esquizofrenia; trastorno delirante; trastornos depresivos y bipolares; otras conductas disruptivas especificadas y no especificadas, trastornos del control de los impulsos y de la conducta; trastorno de pánico). Sin embargo, en estos trastornos no se considera que ningún factor fisiológico específico esté etiológicamente relacionado con el cambio de personalidad.

Otros trastornos de la personalidad. El cambio de personalidad debido a otra afección médica se puede distinguir de un trastorno de la personalidad por el requisito de un cambio clínicamente significativo con respecto al funcionamiento inicial de la personalidad y la presencia de una afección médica etiológica específica.

Otro trastorno de personalidad especificado

F60.89

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la personalidad que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos de la personalidad. .

La categoría de otro trastorno de personalidad específico se utiliza en situaciones en las que el médico elige comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de ningún trastorno de personalidad específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de personalidad específico” seguido del motivo específico (p. ej., “rasgos de personalidad mixtos”).

Machine Translated by Google

Trastorno de personalidad no especificado

F60.9

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la personalidad que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos de la personalidad. . La categoría de trastorno de personalidad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico elige no especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un trastorno de personalidad específico e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Trastornos parafílicos

Los trastornos parafílicos incluidos en este manual son el trastorno voyeurista (espiar a otros en actividades privadas), el trastorno exhibicionista (exponer los genitales), el trastorno frotteurista (tocar o frotar a una persona sin su consentimiento), el trastorno de masoquismo sexual (sufrir humillación, esclavitud o sufrimiento). , trastorno de sadismo sexual (que inflige humillación, esclavitud o sufrimiento), trastorno pedófilo (enfoque sexual en niños), trastorno fetichista (usar objetos no vivos o tener un enfoque muy específico en partes no genitales del cuerpo) y trastorno travesti (participar en actividades cruzadas sexualmente excitantes). -vendaje). Estos trastornos han sido tradicionalmente seleccionados para una lista específica y asignación de criterios diagnósticos explícitos en el DSM por dos razones principales: son relativamente comunes, en relación con otros trastornos parafílicos, y algunos de ellos implican acciones para su satisfacción que, debido a su nocividad o daño potencial a otros, se clasifican como delitos penales. Los ocho trastornos enumerados no agotan la lista de posibles trastornos parafílicos. Se han identificado y nombrado muchas docenas de parafilias distintas, y casi cualquiera de ellas podría, en virtud de sus consecuencias negativas para el individuo o para los demás, alcanzar el nivel de un trastorno parafílico.

En este capítulo, el orden de presentación de los trastornos parafílicos enumerados generalmente corresponde a los esquemas de clasificación comunes para estas afecciones. El primer grupo de trastornos se basa en preferencias de actividad anómalas. Estos trastornos se subdividen en trastornos del cortejo, que se asemejan a componentes distorsionados del comportamiento de cortejo humano (trastorno voyeurista, trastorno exhibicionista y trastorno frotteurista), y trastornos algánicos, que implican dolor y sufrimiento (trastorno de masoquismo sexual y trastorno de sadismo sexual). El segundo grupo de trastornos se basa en preferencias de objetivos anómalas. Estos trastornos incluyen uno dirigido a otros humanos (trastorno pedófilo) y dos dirigidos a otros seres humanos (trastorno fetichista y trastorno travesti).

El término parafilia denota cualquier interés sexual intenso y persistente distinto del interés sexual en la estimulación genital o caricias preparatorias con parejas humanas fenotípicamente normales, físicamente maduras y que consientan. En algunas circunstancias, el criterio “intenso y persistente” puede ser difícil de aplicar, como en la evaluación de personas que son muy mayores o están médicamente enfermas y que pueden no tener intereses sexuales “intensos” de ningún tipo. En tales circunstancias, el término parafilia puede definirse como cualquier interés sexual mayor o igual a los intereses sexuales no parafílicos. También existen parafilias específicas que generalmente se describen mejor como intereses sexuales preferenciales que como intereses sexuales intensos.

Algunas parafilias se refieren principalmente a las actividades eróticas del individuo y otras se refieren principalmente a los objetivos eróticos del individuo. Ejemplos de lo primero incluirían intereses intensos y persistentes en azotar, azotar, cortar, atar o estrangular a otra persona, o un interés en estas actividades que iguale o supere el interés del individuo en la cópula o interacción equivalente con otra persona. Ejemplos de esto último incluirían un interés sexual intenso o preferencial por niños, cadáveres o amputados (como clase), así como un interés sexual intenso o preferencial por

Machine Translated by Google

interés preferencial en animales no humanos, como caballos o perros, o en objetos inanimados, como zapatos o artículos de caucho. El patrón de intereses parafílicos de un individuo a menudo se refleja en su elección de pornografía.

780

Un trastorno parafílico es una parafilia que actualmente causa angustia o deterioro al individuo o una parafilia cuya satisfacción ha implicado daño personal o riesgo de daño a otros. Una parafilia es una condición necesaria pero no suficiente para tener un trastorno parafílico, y una parafilia por sí sola no necesariamente justifica ni requiere una intervención clínica.

En los criterios de diagnóstico establecidos para cada uno de los trastornos parafílicos enumerados, el Criterio A especifica la naturaleza cualitativa de la parafilia (p. ej., un enfoque erótico en los niños o la exposición de los genitales a extraños), y el Criterio B especifica las consecuencias negativas de la parafilia (es decir, angustia, deterioro o daño a otros). De acuerdo con la distinción entre parafilias y trastornos parafílicos, el término diagnóstico debe reservarse para individuos cuyos intereses o comportamientos parafílicos cumplen tanto los criterios A como B (es decir, individuos que tienen un trastorno parafílico). Si los intereses o comportamientos parafílicos de un individuo cumplen el Criterio A pero no el Criterio B para una parafilia en particular (una circunstancia que podría surgir cuando se descubre una parafilia benigna durante la investigación clínica de alguna otra afección), entonces se puede decir que el individuo tiene esa parafilia pero no es un trastorno parafílico.

No es raro que un individuo manifieste dos o más parafilias. En algunos casos, los focos parafílicos están estrechamente relacionados y la conexión entre las parafilias es intuitivamente comprensible (p. ej., fetichismo de los pies y fetichismo de los zapatos). En otros casos, la conexión entre las parafilias no es obvia y la presencia de múltiples parafilias puede ser coincidente o estar relacionada con alguna vulnerabilidad generalizada a anomalías del desarrollo psicosexual. En cualquier caso, los diagnósticos comórbidos de trastornos parafílicos separados pueden estar justificados si más de una parafilia causa sufrimiento al individuo o daño a otros.

Debido a la doble naturaleza del diagnóstico de los trastornos parafílicos, las medidas y evaluaciones de gravedad calificadas por el médico o autocalificadas podrían abordar la fuerza de la parafilia en sí o la gravedad de sus consecuencias. Aunque la angustia y el deterioro estipulados en el Criterio B son especiales por ser el resultado inmediato o último de la parafilia y no principalmente el resultado de algún otro factor, los fenómenos de depresión reactiva, ansiedad, culpa, historial laboral deficiente, relaciones sociales deterioradas, etc. no son únicos en sí mismos y pueden cuantificarse con medidas multipropósito del funcionamiento psicosocial o la calidad de vida.

Trastorno voyeurista

Criterios de diagnóstico	F65.3

A. Durante un período de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente al observar a una persona desprevenida que está desnuda, en proceso de desvestirse o participando en actividad sexual, manifestada por fantasías, impulsos o comportamientos.

B. El individuo ha actuado según estos impulsos sexuales con una persona sin su consentimiento, o

Machine Translated by Google

Los impulsos o fantasías sexuales causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El individuo que experimenta la excitación y/o actúa según los impulsos tiene al menos 18 años. años de edad.

Especifique

si: En un entorno controlado: este especificador se aplica principalmente a personas que viven en entornos institucionales o de otro tipo donde las oportunidades de participar en comportamientos voyeristas están restringidas.

En remisión total: el individuo no ha actuado según los impulsos con una persona sin su consentimiento, y no ha experimentado angustia o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas de funcionamiento, durante al menos 5 años mientras se encontraba en un ambiente no controlado.

Especificadores

El especificador “en remisión total” no aborda la presencia o ausencia continua de voyerismo per se, que puede seguir presente después de que las conductas y la angustia hayan remitido.

Características diagnósticas

Los criterios de diagnóstico del trastorno voyeurista pueden aplicarse tanto a individuos que revelan más o menos libremente este interés parafílico como a aquellos que niegan categóricamente cualquier excitación sexual al observar a una persona desprevenida que está desnuda, desnudándose o realizando actividad sexual a pesar de tener un objetivo sustancial. evidencia en contrario. Si las personas reveladoras también informan angustia o problemas psicosociales debido a sus preferencias sexuales voyeuristas, se les podría diagnosticar un trastorno voyeurista. Por otro lado, si no declaran angustia, demostrada por falta de ansiedad, obsesiones, culpa o vergüenza, acerca de estos impulsos parafílicos y no están afectados en otras áreas importantes de funcionamiento debido a este interés sexual, y sus antecedentes psiquiátricos o legales. indican que no actúan en consecuencia, se podría determinar que tienen interés sexual voyeurista, pero no se les debe diagnosticar un trastorno voyeurista.

Las personas que no revelan información incluyen, por ejemplo, personas que se sabe que han estado espiando repetidamente a personas desprevenidas que están desnudas o participan en actividades sexuales en ocasiones separadas pero que niegan cualquier impulso o fantasía con respecto a dicho comportamiento sexual, y que pueden informar que episodios conocidos de observación desprevenida Las personas desnudas o sexualmente activas eran todas accidentales y no sexuales. Otros pueden revelar episodios pasados de observar a personas desprevenidas desnudas o sexualmente activas, pero cuestionar cualquier interés sexual significativo o sostenido en este comportamiento. Dado que estos individuos niegan tener fantasías o impulsos de ver a otros desnudos o involucrados en actividades sexuales, se deduce que también rechazarían sentirse subjetivamente angustiados o socialmente perjudicados por tales impulsos. A pesar de su postura de no revelar nada, a estas personas se les puede diagnosticar un trastorno voyeurista. El comportamiento voyeurista recurrente constituye un apoyo suficiente para el voyeurismo (cumpliendo el Criterio A) y simultáneamente demuestra que este comportamiento motivado parafílicamente está causando daño a otros (cumpliendo el Criterio B).

Espionaje “recurrente” a personas desprevenidas que están desnudas o participando en actividades sexuales

Machine Translated by Google

puede interpretarse en el sentido de que requiere múltiples víctimas, cada una en una ocasión distinta; Este requisito de múltiples víctimas en distintas ocasiones es relevante porque aumenta la confianza en la inferencia clínica de que el individuo está motivado por un trastorno voyeurista. Se puede interpretar que un menor número de víctimas satisface este criterio si hubo múltiples ocasiones de observar a la misma víctima o si hay evidencia que corrobore un interés distinto o preferencial en la observación secreta de personas inocentes desnudas o sexualmente activas. Tenga en cuenta que múltiples víctimas, como se sugirió anteriormente, son una condición suficiente pero no necesaria para el diagnóstico; Los criterios también pueden cumplirse si el individuo reconoce un intenso interés sexual voyeurista.

La adolescencia y la pubertad generalmente aumentan la curiosidad y la actividad sexual. Para reducir el riesgo de patologizar el interés y el comportamiento sexual normativo durante la adolescencia puberal, la edad mínima para el diagnóstico del trastorno voyeurista es 18 años (Criterio C).

Predominio

Se desconoce la prevalencia poblacional de individuos cuyas presentaciones cumplen todos los criterios del trastorno voyeurista. Los actos voyeuristas, sin embargo, son los más comunes de los comportamientos sexuales potencialmente infractores de la ley. Por ejemplo, en una muestra de una encuesta telefónica y por Internet en Quebec, se informó que la prevalencia de comportamientos voyeristas a lo largo de la vida llegaba al 34,5% (50,3% en hombres, 21,2% en mujeres). Debido a que este mismo estudio encontró que un “deseo intenso” y un “comportamiento persistente” ocurren con mucha menos frecuencia (9,6% y 2,1%, respectivamente), la prevalencia del trastorno voyeurista probablemente sea mucho menor. La proporción de comportamiento voyeurista entre hombres y mujeres fue aproximadamente de 2:1 en la muestra de Quebec y de 3:1 en una muestra de población general sueca. En un estudio que determinó qué trastornos particulares eran prevalentes

En personas encarceladas por delitos sexuales, un estudio de 1.346 delincuentes sexuales encarcelados de Austria encontró una prevalencia del trastorno voyeurista del 3,7%.

Desarrollo y evolución Los hombres

adultos con trastorno voyeurista a menudo se dan cuenta de su interés sexual por observar en secreto a personas desprevenidas durante la adolescencia. Sin embargo, la edad mínima para el diagnóstico de trastorno voyeurista es 18 años porque existe una dificultad sustancial para diferenciarlo de la curiosidad y actividad sexual relacionada con la pubertad, propia de la edad. La persistencia del voyerismo a lo largo del tiempo no está clara. Con o sin tratamiento del trastorno voyeurista, la angustia subjetiva (p. ej., culpa, vergüenza, frustración sexual intensa, soledad) o el deterioro del trastorno pueden cambiar con el tiempo, al igual que una serie de factores que potencialmente pueden afectar el curso del trastorno. como morbilidad psiquiátrica, hipersexualidad e impulsividad sexual. Por tanto, la gravedad y el curso pueden variar con el tiempo. Al igual que con otras preferencias sexuales, el avance de la edad puede estar asociado con una disminución de las preferencias y comportamientos sexuales voyeuristas.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Debido a que el voyeurismo es una condición previa necesaria para el trastorno voyeurista, los factores de riesgo del voyeurismo también deberían aumentar el riesgo del trastorno voyeurista.

Ambiental. Infancia sexual abuso, sustancia mal uso, y sexual

Machine Translated by Google

La preocupación/hipersexualidad se han sugerido como factores de riesgo, aunque la relación causal con el comportamiento voyeurista es incierta y la especificidad poco clara.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género El trastorno

voyeurista es muy poco común entre las mujeres en entornos clínicos, mientras que la proporción entre hombres y mujeres para actos voyeuristas únicos sexualmente excitantes es menos extrema y puede ser de 2:1 a 3:1.

Diagnóstico diferencial

Voyeurismo. Las personas con voyeurismo experimentan una excitación sexual intensa y recurrente por el acto de observar a una persona desprevenida que está desnuda, en el proceso de desvestirse o participando en una actividad sexual. A menos que el individuo actúe según estos impulsos con una persona desprevenida (p. ej., espiando subrepticiamente por la ventana de un vecino) o a menos que lo acompañe una angustia clínicamente significativa o un deterioro en las áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, no se diagnostica un trastorno voyeurista. garantizado.

Episodio maníaco, trastorno neurocognitivo mayor, trastorno del desarrollo intelectual, cambio de personalidad debido a otra afección médica, intoxicación por sustancias y esquizofrenia.
Las personas con un trastorno neurocognitivo importante, un trastorno del desarrollo intelectual, un cambio de personalidad debido a otra afección médica o esquizofrenia, o que están en un episodio maníaco o experimentan una intoxicación por sustancias, pueden desinhibirse sexualmente o tener problemas de juicio o control de impulsos y participar en un comportamiento voyerista. . A menos que ese comportamiento ocurra en momentos distintos al contexto de uno de estos trastornos, no se debe realizar un diagnóstico de trastorno voyeurista.

Trastorno de conducta y trastorno de personalidad antisocial. El trastorno de conducta en los adolescentes y el trastorno de personalidad antisocial se caracterizarían por comportamientos antisociales y de ruptura de normas adicionales, y generalmente faltará el interés sexual específico de observar en secreto a otros desprevenidos que están desnudos o participando en actividades sexuales.

Comorbilidad

Las comorbilidades conocidas en el trastorno voyeurista se basan en gran medida en investigaciones con hombres sospechosos o condenados por actos que implican la observación secreta de desnudos o personas desprevenidas.

personas sexualmente activas. Por lo tanto, es posible que estas comorbilidades no se apliquen a todos los individuos con trastorno voyeurista. Las condiciones que ocurren de forma comórbida con el trastorno voyeurista incluyen la hipersexualidad y otros trastornos parafílicos, en particular el trastorno exhibicionista. Trastornos depresivos, bipolares, de ansiedad y por uso de sustancias; desorden hiperactivo y deficit de atencion; y el trastorno de conducta y el trastorno de personalidad antisocial también son condiciones comórbidas frecuentes.

Trastorno exhibicionista

Criterios de diagnóstico F65.2

Machine Translated by Google

A. Durante un período de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente por la exposición de los genitales a una persona desprevenida, manifestada por fantasías, impulsos o comportamientos.

B. El individuo ha actuado según estos impulsos sexuales con una persona sin su consentimiento, o los impulsos o fantasías sexuales causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especifique si:

Excitación sexual al exponer los genitales a niños prepúberes Excitación sexual al exponer los genitales a personas físicamente maduras Excitación sexual al exponer los genitales a niños prepúberes y a personas físicamente maduras

Especifique

si: En un entorno controlado: este especificador se aplica principalmente a personas que viven en entornos institucionales o de otro tipo donde las oportunidades de exponer los genitales están restringidas.

En remisión total: el individuo no ha actuado según los impulsos con una persona sin su consentimiento, y no ha experimentado angustia o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas de funcionamiento, durante al menos 5 años mientras se encontraba en un ambiente no controlado.

Subtipos

Los subtipos del trastorno exhibicionista se basan en la edad o madurez física de las personas que no consienten a quienes el individuo prefiere exponer sus genitales. Las personas que no consienten podrían ser niños prepúberes, adultos o ambos. Este especificador debería ayudar a llamar la atención adecuada sobre las características de las víctimas de individuos con trastorno exhibicionista para evitar que se pase por alto el trastorno pedófilo concurrente. Sin embargo, los indicios de que el individuo con trastorno exhibicionista se siente atraído sexualmente por exponer sus genitales a los niños no deberían impedir un diagnóstico de trastorno pedófilo.

Especificadores

El especificador “en remisión total” no aborda la presencia o ausencia continua de exhibicionismo per se, que aún puede estar presente después de que las conductas y la angustia hayan remitido.

Características diagnósticas

Los criterios diagnósticos del trastorno exhibicionista pueden aplicarse tanto a individuos que más o menos libremente revelan esta parafilia como a aquellos que niegan categóricamente cualquier excitación sexual al exponer sus genitales a personas desprevenidas a pesar de evidencia objetiva sustancial de lo contrario. Si las personas reveladoras también reportan dificultades psicosociales debido a sus atracciones sexuales o preferencias por exponerse, se les puede diagnosticar exhibicionismo.

Machine Translated by Google

trastorno. Por el contrario, si no declaran ninguna angustia (ejemplificada por la ausencia de ansiedad, obsesiones y culpa o vergüenza por estos impulsos parafílicos) y no se ven afectados por este interés sexual en otras áreas importantes de funcionamiento, y sus efectos autoinformados, psiquiátricos o Los antecedentes legales indican que no actúan en consecuencia, se podría determinar que tienen interés sexual exhibicionista pero no se les puede diagnosticar un trastorno exhibicionista.

Ejemplos de personas que no revelan información incluyen aquellos que se han expuesto repetidamente a personas desprevenidas en ocasiones distintas, pero que niegan cualquier impulso o fantasía sobre tal comportamiento sexual y que informan que los episodios conocidos de exposición fueron todos accidentales y no sexuales. Otros pueden revelar episodios pasados de conducta sexual que impliquen exposición genital, pero refutar cualquier interés sexual significativo o sostenido en dicha conducta. Dado que estos individuos niegan tener impulsos o fantasías que impliquen exposición genital, se deduce que también negarían sentirse subjetivamente angustiados o socialmente perjudicados por tales impulsos. A estos individuos se les puede diagnosticar un trastorno exhibicionista a pesar de su autoinforme negativo. El comportamiento exhibicionista recurrente constituye un apoyo suficiente para el exhibicionismo (Criterio A) y al mismo tiempo demuestra que este comportamiento motivado parafílicamente está causando daño a otros (Criterio B).

La exposición genital “recurrente” a otras personas desprevenidas puede interpretarse como que se requieren múltiples víctimas, cada una en una ocasión distinta; Este requisito de múltiples víctimas en distintas ocasiones es relevante porque aumenta la confianza en la inferencia clínica de que el individuo está motivado por un trastorno exhibicionista. Se puede interpretar que un menor número de víctimas satisface este criterio si hubo múltiples ocasiones de exposición a la misma víctima, o si hay pruebas que lo corroboren de un interés fuerte o preferencial en la exposición genital a personas desprevenidas. Tenga en cuenta que múltiples víctimas, como se sugirió anteriormente, son una condición suficiente pero no necesaria para el diagnóstico, ya que los criterios pueden cumplirse si un individuo reconoce un intenso interés sexual exhibicionista con angustia o deterioro.

Predominio

Se desconoce la prevalencia poblacional de individuos cuyas presentaciones cumplen todos los criterios del trastorno exhibicionista, aunque el trastorno es muy inusual en las mujeres.
Los actos exhibicionistas, sin embargo, no son infrecuentes, y los actos exhibicionistas únicos y sexualmente excitantes ocurren hasta la mitad de veces entre las mujeres que entre los hombres. En una muestra de una encuesta telefónica y por Internet en Quebec, se informó que la prevalencia de conductas exhibicionistas a lo largo de la vida era del 30,9% (32,6% en hombres, 29,4% en mujeres). Debido a que este mismo estudio encontró que un “deseo intenso” y un “comportamiento persistente” ocurren con mucha menos frecuencia (4,8% y 0,8%, respectivamente), la prevalencia del trastorno exhibicionista probablemente sea mucho menor. Por ejemplo, un estudio sueco sugirió que la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno exhibicionista en la población general era del 4,1% en hombres y del 2,1% en mujeres.

Desarrollo y evolución

Los hombres adultos con trastorno exhibicionista a menudo informan que se dieron cuenta por primera vez del interés sexual al exponer sus genitales a personas desprevenidas durante la adolescencia, en un momento algo posterior al desarrollo típico del interés sexual normativo en mujeres u hombres. Aunque no existe un requisito de edad mínima para el diagnóstico del trastorno exhibicionista, puede resultar difícil diferenciar las conductas exhibicionistas de la curiosidad sexual apropiada para la edad en

Machine Translated by Google

adolescentes. Mientras que los impulsos exhibicionistas parecen surgir en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta, se sabe muy poco sobre su persistencia en el tiempo. Con o sin tratamiento del trastorno exhibicionista, la angustia subjetiva (p. ej., culpa, vergüenza, frustración sexual intensa, soledad) o el deterioro causado por el trastorno pueden cambiar con el tiempo, al igual que una serie de factores que potencialmente pueden afectar el curso del trastorno. como morbilidad psiquiátrica, hipersexualidad e impulsividad sexual. Por tanto, la gravedad y el curso pueden variar con el tiempo. Al igual que con otras preferencias sexuales, el avance de la edad puede estar asociado con una disminución de las preferencias y comportamientos sexuales exhibicionistas.

Factores de Riesgo y Pronóstico Temperamental.

Debido a que el exhibicionismo es una condición previa necesaria para el trastorno exhibicionista, los factores de riesgo del exhibicionismo también deberían aumentar el riesgo de trastorno exhibicionista. Los antecedentes antisociales, el trastorno de personalidad antisocial, el abuso de alcohol y la preferencia sexual pedófila podrían aumentar el riesgo de reincidencia sexual en los delincuentes exhibicionistas. Por lo tanto, el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno por consumo de alcohol y el interés pedófilo pueden considerarse factores de riesgo del trastorno exhibicionista en hombres con preferencias sexuales exhibicionistas.

Ambiental. Se ha sugerido que el abuso sexual y emocional infantil y la preocupación sexual/hipersexualidad son factores de riesgo para el exhibicionismo, aunque la relación causal con el exhibicionismo es incierta y la especificidad poco clara.

Diagnóstico diferencial

Exhibicionismo. Las personas con exhibicionismo experimentan una excitación sexual intensa y recurrente por el acto de exponer sus genitales a una persona desprevenida. A menos que el individuo actúe según estos impulsos con una persona desprevenida (p. ej., exponiendo sus genitales a los pasajeros de un tren) o a menos que lo acompañe una angustia clínicamente significativa o un deterioro en las áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, se puede diagnosticar un trastorno exhibicionista. no está garantizado.

Episodio maníaco, trastorno neurocognitivo mayor, trastorno del desarrollo intelectual, cambio de personalidad debido a otra afección médica, intoxicación por sustancias y esquizofrenia.
Las personas con un trastorno neurocognitivo importante, un trastorno del desarrollo intelectual, un cambio de personalidad debido a otra afección médica o esquizofrenia, o que están en un episodio maníaco o experimentan una intoxicación por sustancias, pueden desinhibirse sexualmente o tener problemas de juicio o control de los impulsos y participar en un comportamiento exhibicionista. . A menos que esa conducta ocurra en momentos distintos al contexto de uno de estos trastornos, no se debe realizar un diagnóstico de trastorno exhibicionista.

Trastorno de conducta y trastorno de personalidad antisocial. El trastorno de conducta en adolescentes y el trastorno de personalidad antisocial se caracterizarían por comportamientos antisociales y de ruptura de normas adicionales, y generalmente faltará el interés sexual específico en exponer los genitales.

Comorbilidad Las

comorbilidades conocidas en el trastorno exhibicionista se basan en gran medida en investigaciones con individuos (casi todos hombres) condenados por actos delictivos que implican exposición genital a personas sin consentimiento. Por lo tanto, es posible que estas comorbilidades no se apliquen a todas las personas que califican para un

Machine Translated by Google

Diagnóstico de trastorno exhibicionista. Las condiciones que ocurren comorbilidadmente con el trastorno exhibicionista en tasas altas incluyen trastornos depresivos, bipolares, de ansiedad y por uso de sustancias; hipersexualidad; desorden hiperactivo y deficit de atencion; otros trastornos parafílicos; y trastorno de personalidad antisocial.

Trastorno frotteurista

Criterios de diagnóstico	F65.81

A. Durante un período de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente por tocar o frotar a una persona sin su consentimiento, manifestada por fantasías, impulsos o comportamientos.

B. El individuo ha actuado según estos impulsos sexuales con una persona sin su consentimiento, o los impulsos o fantasías sexuales causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especifique

si: En un entorno controlado: este especificador se aplica principalmente a personas que viven en entornos institucionales o de otro tipo donde las oportunidades de tocar o frotar a una persona sin su consentimiento están restringidas.

En remisión total: el individuo no ha actuado según los impulsos con una persona sin su consentimiento, y no ha experimentado angustia o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas de funcionamiento, durante al menos 5 años mientras se encontraba en un ambiente no controlado.

Especificadores

El especificador “en remisión” no aborda la presencia o ausencia continua de frotteurismo per se, que aún puede estar presente después de que las conductas y la angustia hayan remitido.

Características diagnósticas

Los criterios diagnósticos del trastorno frotteurista pueden aplicarse tanto a individuos que revelan con relativa libertad esta parafilia como a aquellos que niegan firmemente cualquier excitación sexual al tocar o frotar a una persona sin su consentimiento, independientemente de una considerable evidencia objetiva de lo contrario. Si las personas reveladoras también informan de un deterioro psicosocial debido a sus preferencias sexuales por tocar o frotar a una persona sin su consentimiento, se les podría diagnosticar un trastorno frotteurista. Por el contrario, si no declaran angustia (demostrada por falta de ansiedad, obsesiones, culpa o vergüenza) por estos impulsos parafílicos y no están afectados en otras áreas importantes del funcionamiento debido a este interés sexual, y sus antecedentes psiquiátricos o legales indican que Si no actúan en consecuencia, se podría determinar que tienen actitudes frotteuristas.

Machine Translated by Google

interés sexual, pero no se le debe diagnosticar un trastorno frotteurista.

Las personas que no revelan información incluyen, por ejemplo, personas que se sabe que han estado tocando o frotando a personas sin su consentimiento en ocasiones distintas, pero que cuestionan cualquier impulso o fantasía relacionados con dicho comportamiento sexual. Estas personas pueden informar que los episodios identificados de tocar o frotar a una persona renuente fueron todos involuntarios y no sexuales.
Otros pueden revelar episodios pasados de tocar o frotar a personas sin su consentimiento, pero cuestionar cualquier interés sexual importante o persistente en esto. Dado que estos individuos niegan tener fantasías o impulsos sobre tocar o frotar, en consecuencia rechazarían sentirse angustiados o alterados psicosocialmente por tales impulsos. A pesar de su postura reservada, a estas personas se les puede diagnosticar un trastorno frotteurista. El comportamiento frotteurista recurrente constituye un apoyo satisfactorio al frotteurismo (cumpliendo el Criterio A) y al mismo tiempo demuestra que este comportamiento motivado parafílicamente está causando daño a otros (cumpliendo el Criterio B).

Tocar o frotar “recurrentemente” a una persona sin su consentimiento puede interpretarse como que se requieren múltiples víctimas, cada una en una ocasión distinta; Este requisito de múltiples víctimas en distintas ocasiones es relevante porque aumenta la confianza en la inferencia clínica de que el individuo está motivado por un trastorno frotteurista. Se puede interpretar que un menor número de víctimas satisface este criterio si hubo múltiples ocasiones de tocar o frotar al mismo individuo reacio, o si se corrobora evidencia de un interés fuerte o preferencial en tocar o frotar a personas que no consienten. Tenga en cuenta que múltiples víctimas son una condición suficiente pero no necesaria para el diagnóstico; Los criterios también pueden cumplirse si el individuo reconoce un intenso interés sexual frotteurista con angustia y/o deterioro clínicamente significativo.

Predominio

Se desconoce la prevalencia poblacional de individuos cuyas presentaciones cumplen todos los criterios del trastorno frotteurista, pero los actos frotteuristas, incluido el contacto sexual no solicitado o el roce contra otro individuo, pueden ocurrir en hasta el 30% de los hombres adultos en la población general de EE. UU. y Canadá. .
La prevalencia del trastorno frotteurista es ciertamente

mucho más bajo, considerando el hallazgo de que el “deseo intenso” y el “comportamiento persistente” se informaron con poca frecuencia (3,8% y 0,7%, respectivamente). En entornos ambulatorios para hombres con trastornos parafílicos e hipersexualidad, aproximadamente entre el 10% y el 14% tienen una presentación que cumple con los criterios diagnósticos del trastorno frotteurista. Es probable que la prevalencia entre las mujeres sea menor.

Desarrollo y evolución

Los hombres adultos con trastorno frotteurista a menudo informan que primero se dieron cuenta de su interés sexual en tocar subrepticiamente a personas desprevenidas durante la adolescencia tardía o la edad adulta emergente.
Sin embargo, los niños y adolescentes también pueden tocar o frotarse contra otras personas que no lo desean en ausencia de un diagnóstico de trastorno frotteurista. Aunque no existe una edad mínima para el diagnóstico, el trastorno frotteurista puede ser difícil de diferenciar del trastorno de conducta sin motivación sexual en individuos de edades más jóvenes. La persistencia del frotteurismo a lo largo del tiempo no está clara. Con o sin tratamiento del trastorno frotteurista, la angustia subjetiva (p. ej., culpa,

Machine Translated by Google

vergüenza, frustración sexual intensa, soledad) o el deterioro causado por el trastorno pueden cambiar con el tiempo, al igual que una serie de factores que potencialmente pueden afectar el curso del trastorno, como la morbilidad psiquiátrica, la hipersexualidad y la impulsividad sexual. Por tanto, la gravedad y el curso pueden variar con el tiempo. Al igual que con otras preferencias sexuales, el avance de la edad puede estar asociado con una disminución de las preferencias y comportamientos sexuales frotteuristas.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. El comportamiento antisocial no sexual y la preocupación sexual/hipersexualidad podrían ser factores de riesgo inespecíficos, aunque la relación causal con el frotteurismo es incierta y la especificidad poco clara. Sin embargo, debido a que el frotteurismo es una condición previa necesaria para el trastorno frotteurista, los factores de riesgo del frotteurismo también deberían aumentar el riesgo de trastorno frotteurista.

Diagnóstico diferencial

Frotteurismo. Las personas con frotteurismo experimentan una intensa excitación sexual recurrente por el acto de tocar o frotar a una persona sin su consentimiento. A menos que el individuo actúe según estos impulsos con una persona sin su consentimiento (p. ej., frotar sus genitales contra un pasajero en un vagón de metro lleno de gente) o a menos que se acompañe de malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, un diagnóstico del trastorno frotteurista no está justificado.

Episodio maníaco, trastorno neurocognitivo mayor, trastorno del desarrollo intelectual, cambio de personalidad debido a otra afección médica, intoxicación por sustancias y esquizofrenia.
Las personas con un trastorno neurocognitivo importante, un trastorno del desarrollo intelectual, un cambio de personalidad debido a otra afección médica o esquizofrenia, o que están en un episodio maníaco o experimentan una intoxicación por sustancias, pueden desinhibirse sexualmente o tener problemas de juicio o control de los impulsos y participar en frotteuris- comportamiento de tics. A menos que ese comportamiento ocurra en momentos distintos al contexto de uno de estos trastornos, no se debe realizar un diagnóstico de trastorno frotteurista.

Trastorno de conducta y trastorno de personalidad antisocial. El trastorno de conducta en adolescentes y el trastorno de personalidad antisocial se caracterizarían por conductas antisociales y de incumplimiento de normas adicionales, y generalmente faltará el interés sexual específico en tocar o frotar a una persona que no consiente.

Comorbilidad

Las comorbilidades conocidas en el trastorno frotteurista se basan en gran medida en investigaciones con hombres sospechosos o condenados por actos delictivos que implican tocar o tocar por motivos sexuales.

frotarse contra una persona sin su consentimiento. Por lo tanto, estas comorbilidades podrían no aplicarse a otras personas con un diagnóstico de trastorno frotteurista basado en angustia subjetiva por su interés sexual. Las condiciones que ocurren de forma comórbida con el trastorno frotteurista incluyen la hipersexualidad y otros trastornos parafílicos, en particular el trastorno exhibicionista y el trastorno voyeurista. También coexisten el trastorno de conducta, el trastorno de personalidad antisocial, los trastornos depresivos, los trastornos bipolares, los trastornos de ansiedad y los trastornos por uso de sustancias.

Machine Translated by Google

Trastorno de masoquismo sexual

Criterios de diagnóstico F65.51

A. Durante un período de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente por el acto de ser humillado, golpeado, atado o hecho sufrir de otra manera, manifestado por fantasías, impulsos o comportamientos.

B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar

si: Con asfixiofilia: Si el individuo realiza la práctica de lograr excitación sexual relacionada con la restricción de la respiración.

Especifique

si: En un entorno controlado: este especificador se aplica principalmente a personas que viven en entornos institucionales o de otro tipo donde las oportunidades de participar en conductas sexuales masoquistas están restringidas.

En remisión total: No ha habido malestar o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas de funcionamiento durante al menos 5 años mientras se encontraba en un ambiente no controlado.

Características diagnósticas

Los criterios de diagnóstico para el trastorno de masoquismo sexual están destinados a aplicarse a individuos que admiten libremente tener tales intereses parafílicos. Estos individuos reconocen abiertamente una intensa excitación sexual por el acto de ser humillados, golpeados, atados o hechos sufrir de otra manera, manifestado por fantasías, impulsos o comportamientos. Si estos individuos también reportan dificultades psicosociales debido a sus atracciones sexuales o preferencias por ser humillados, golpeados, atados o hechos sufrir de alguna otra manera, se les puede diagnosticar un trastorno de masoquismo sexual. Por el contrario, si no declaran angustia, ejemplificada por ansiedad, obsesiones, culpa o vergüenza, acerca de estos impulsos parafílicos, y no se ven obstaculizados por ellos en la consecución de otras metas personales, se podría determinar que tienen un interés sexual masoquista, pero no se les debe considerar como tales. diagnosticado con trastorno de masoquismo sexual.

El término bondage-dominación-sadismo-masoquismo (BDSM) se utiliza ampliamente para referirse a una amplia gama de comportamientos que realizan las personas con masoquismo sexual y/o sadismo sexual (así como otras personas con intereses sexuales similares), como las restricciones. o restricción, disciplina, azotes, bofetadas, privación sensorial (p. ej., uso de vendas en los ojos) y juegos de roles de dominación y sumisión que involucran temas como amo/esclavizado, dueño/mascota o secuestrador/víctima.

Funciones asociadas

El uso extensivo de pornografía que implica el acto de ser humillado, golpeado, atado o hecho sufrir de otra manera es a veces una característica asociada al trastorno de masoquismo sexual.

Machine Translated by Google

Quienes tienen un comportamiento sexual sadomasoquista pueden experimentar hiposensibilidad al dolor, aunque se desconoce si este hallazgo se aplica a quienes padecen un trastorno de masoquismo sexual.
Además, aunque a menudo se supone que las personas con

interés sexual masoquista tienen antecedentes de experiencias de abuso sexual infantil, no hay evidencia suficiente para respaldar esta asociación.

Predominio

Se desconoce la prevalencia poblacional de individuos cuyas presentaciones cumplen todos los criterios para el trastorno de masoquismo sexual. En Australia, se estima que el 2,2% de los hombres y el 1,3% de las mujeres habían estado involucrados en conductas BDSM en los últimos 12 meses.

Desarrollo y curso

Los individuos con parafilias que viven en la comunidad han informado una edad media de inicio del masoquismo de 19,3 años, aunque también se ha informado de edades más tempranas, incluidas la pubertad y la niñez, para el inicio de fantasías masoquistas. Se sabe muy poco sobre la persistencia en el tiempo.
Con o sin tratamiento del trastorno de masoquismo sexual, la angustia subjetiva (p. ej., culpa, vergüenza, frustración sexual intensa, soledad) o el deterioro causado por el trastorno pueden cambiar con el tiempo, al igual que una serie de factores que potencialmente pueden afectar el curso del trastorno. , como la morbilidad psiquiátrica, la hipersexualidad y la impulsividad sexual. Por tanto, la gravedad y el curso pueden variar con el tiempo. Al igual que con otras preferencias sexuales, el avance de la edad puede estar asociado con una disminución de las preferencias y comportamientos masoquistas sexuales.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

Es importante distinguir las conductas autodestructivas que ocurren durante prácticas religiosas y espirituales colectivamente aceptadas de las conductas sadomasoquistas realizadas para la excitación sexual. Por ejemplo, los rituales colectivos en diversas religiones y sociedades incluyen la suspensión de ganchos, la autoflagelación, la automortificación y otras pruebas dolorosas. Aún se desconoce el papel de la excitación o el placer sexual en estas prácticas.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Se desconoce la asociación del trastorno de masoquismo sexual con pensamientos o comportamientos suicidas.
Sin embargo, un estudio de 321 adultos que respaldaban la participación en el BDSM encontró una asociación entre la vergüenza y la culpa relacionadas con el estigma y la ideación suicida.

Consecuencias funcionales del trastorno de masoquismo sexual

Se desconocen las consecuencias funcionales del trastorno de masoquismo sexual. Las personas que reportan interés sexual en la asfixiofilia parecen experimentar más angustia sexual e inadaptación psicológica que la población general. Las personas que participan en comportamientos masoquistas corren el riesgo de muerte accidental mientras practican asfixiofilia u otros procedimientos autoeróticos.

Sin embargo, la proporción de estos difuntos cuyos intereses y comportamiento sexuales cumplen con los requisitos diagnósticos.

Machine Translated by Google

Se desconocen los criterios para el masoquismo sexual.

Diagnóstico diferencial

Masoquismo sexual. Las personas con masoquismo sexual experimentan una excitación sexual intensa y recurrente por el acto de ser humillados, golpeados, atados o hechos sufrir de alguna otra manera. A menos que los impulsos, fantasías o comportamientos sexuales que implican ser humillado o hecho sufrir estén acompañados de angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, no se justifica un diagnóstico de trastorno de masoquismo sexual.

Comorbilidad Las comorbilidades conocidas con el trastorno de masoquismo sexual se basan en gran medida en los individuos en tratamiento. Los trastornos que ocurren de manera comórbida con el trastorno de masoquismo sexual típicamente

incluyen otros trastornos parafílicos, como el fetichismo transvestista. Hay algunos indicios de una asociación entre el trastorno de masoquismo sexual y el trastorno límite de la personalidad (según datos de una pequeña muestra clínica de mujeres con y sin trastorno límite de la personalidad).

Trastorno de sadismo sexual

Criterios de diagnóstico F65.52

A. Durante un período de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente debido al sufrimiento físico o psicológico de otra persona, manifestada por fantasías, impulsos o comportamientos.

B. El individuo ha actuado según estos impulsos sexuales con una persona sin su consentimiento, o los impulsos o fantasías sexuales causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especifique

si: En un entorno controlado: este especificador se aplica principalmente a personas que viven en entornos institucionales o de otro tipo donde las oportunidades de participar en conductas sexuales sádicas están restringidas.

En remisión total: el individuo no ha actuado según los impulsos con una persona sin su consentimiento, y no ha experimentado angustia o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas de funcionamiento, durante al menos 5 años mientras se encontraba en un ambiente no controlado.

Funciones de diagnóstico

Los criterios de diagnóstico para el trastorno de sadismo sexual pretenden aplicarse tanto a individuos que admiten libremente tener tales intereses parafílicos como a aquellos que niegan cualquier interés sexual en el

Machine Translated by Google

sufrimiento físico o psicológico de otro individuo a pesar de evidencia objetiva sustancial de lo contrario. A las personas que reconocen abiertamente un intenso interés sexual por el sufrimiento físico o psicológico de los demás se les denomina “individuos admitidos”. Si estos individuos también reportan dificultades psicosociales debido a sus atracciones sexuales o preferencias por el sufrimiento físico o psicológico de otro individuo, se les puede diagnosticar un trastorno de sadismo sexual. Por el contrario, si los individuos que ingresan no declaran angustia, ejemplificada por ansiedad, obsesiones, culpa o vergüenza, acerca de estos impulsos parafílicos, y no se ven obstaculizados por ellos en la búsqueda de otras metas, y sus antecedentes psiquiátricos o legales autoinformados indican que no los aplican con personas sin su consentimiento, entonces se podría determinar que tienen un interés sexual sádico, pero su presentación no cumpliría los criterios del trastorno de sadismo sexual.

Ejemplos de personas que niegan cualquier interés en el sufrimiento físico o psicológico de otra persona incluyen personas que se sabe que han infligido dolor o sufrimiento a múltiples víctimas en ocasiones distintas, pero que niegan cualquier impulso o fantasía sobre dicho comportamiento sexual y que pueden afirmar además que episodios conocidos de agresión sexual fueron involuntarios o no sexuales. Otros pueden admitir episodios pasados de conducta sexual que impliquen infligir dolor o sufrimiento a una persona sin su consentimiento, pero no reportan ningún interés sexual significativo o sostenido en el sufrimiento físico o psicológico de otra persona. Dado que estos individuos niegan tener impulsos o fantasías que impliquen excitación sexual o dolor y sufrimiento, se deduce que también negarían sentirse subjetivamente angustiados o socialmente perjudicados por tales impulsos. A estas personas se les puede diagnosticar un trastorno de sadismo sexual a pesar de su autoinforme negativo. Su comportamiento recurrente constituye un apoyo clínico para la presencia de la parafilia del sadismo sexual (al satisfacer el Criterio A) y simultáneamente demuestra que su comportamiento motivado parafílicamente está causando angustia, daño o riesgo de daño clínicamente significativo a otros (satisfaciendo el Criterio B).

El sadismo sexual “recurrente” que involucra a otras personas que no dan su consentimiento puede interpretarse en el sentido de que requiere múltiples víctimas, cada una en una ocasión distinta; Este requisito de múltiples víctimas en distintas ocasiones es relevante porque aumenta la confianza en la inferencia clínica de que el individuo está motivado por un trastorno de sadismo sexual. Se puede interpretar que un menor número de víctimas satisface este criterio, si hay múltiples casos de infligir dolor y sufrimiento a la misma víctima, o si hay pruebas que lo corroboren de un interés fuerte o preferencial en el dolor y el sufrimiento que involucran a múltiples víctimas. Tenga en cuenta que múltiples víctimas, como se sugirió anteriormente, son una condición suficiente pero no necesaria para el diagnóstico, ya que los criterios pueden cumplirse si el individuo reconoce un intenso interés sexual sádico.

El término bondage-dominación-sadismo-masoquismo (BDSM) se utiliza ampliamente para referirse a una amplia gama de comportamientos que realizan las personas con masoquismo sexual y/o sadismo sexual (así como otras personas con intereses sexuales similares), como las restricciones. o restricción, disciplina, azotes, bofetadas, privación sensorial (p. ej., uso de vendas en los ojos) y juegos de roles de dominación y sumisión que involucran temas como amo/esclavizado, dueño/mascota o secuestrador/víctima.

Funciones asociadas

El uso extensivo de pornografía que implica infligir dolor y sufrimiento es a veces una

Machine Translated by Google

característica asociada del trastorno de sadismo sexual.

Predominio

Se desconoce la prevalencia poblacional de individuos cuyas presentaciones cumplen todos los criterios para el trastorno de sadismo sexual y se basa en gran medida en individuos en entornos forenses. Entre los delincuentes sexuales cometidos civilmente en los Estados Unidos, menos del 10% padece un trastorno de sadismo sexual. Entre las personas que han cometido homicidios por motivos sexuales, la proporción de conductas sexualmente sádicas es aproximadamente un tercio.

Las personas con trastorno de sadismo sexual en muestras forenses son casi exclusivamente hombres, pero una muestra representativa de la población de Australia informó que el 2,2% de los hombres y el 1,3% de las mujeres dijeron que habían estado involucrados en conductas BDSM durante el año anterior. En una muestra poblacional de Finlandia, la prevalencia a lo largo de la vida de conductas sexualmente sádicas fue del 2,7% entre los hombres y del 2,3% entre las mujeres.

Desarrollo y evolución La información sobre

el desarrollo y la evolución del trastorno de sadismo sexual es extremadamente limitada.
Mientras que las preferencias sexualmente sádicas per se son probablemente una característica de toda la vida, el trastorno de sadismo sexual puede fluctuar según la angustia subjetiva del individuo o su propensión a dañar a otros sin su consentimiento. Al igual que con otras preferencias sexuales, el avance de la edad puede estar asociado con una disminución de las preferencias y comportamientos sexualmente sádicos. En cuanto a las preferencias sexualmente sádicas, muchas personas que practican comportamientos BDSM se dieron cuenta de su correspondiente interés en la adolescencia.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura El

estatus legal del comportamiento sexual sádico varía según los países y sociedades, lo que sugiere la posibilidad de variación en la angustia (debido a la variación en la aceptación cultural) y el deterioro funcional (debido al estatus legal).

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Se desconoce la

asociación del trastorno de sadismo sexual con pensamientos o comportamientos suicidas. Sin embargo, un estudio de 321 adultos que respaldaban la participación en el BDSM encontró una asociación entre la vergüenza y la culpa relacionadas con el estigma y la ideación suicida.

Diagnóstico diferencial

Sadismo sexual. Las personas con sadismo sexual experimentan una excitación sexual intensa y recurrente debido al sufrimiento físico o psicológico de otra persona. A menos que los impulsos sexuales de hacer sufrir física o psicológicamente a otra persona se actúen con una persona sin su consentimiento, o a menos que se acompañe de angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, se puede diagnosticar un trastorno de sadismo sexual. no está garantizado.
La mayoría de las personas que participan activamente en redes comunitarias que practican comportamientos sádicos y masoquistas no expresan ninguna insatisfacción con sus intereses sexuales y sus

Machine Translated by Google

El comportamiento no cumpliría con los criterios del DSM-5 para el trastorno de sadismo sexual.

Infligir sufrimiento físico o psicológico durante la comisión de un delito sexual. Las personas que cometen violaciones u otras agresiones sexuales pueden infligir dolor a sus víctimas como resultado del acto de violación, o al someterlas o restringirlas para que cometan la agresión sexual. Tal imposición instrumental de dolor no debe considerarse indicativa de trastorno de sadismo sexual a menos que haya evidencia de que el individuo obtiene placer al infligir dolor y el sufrimiento resultante de la víctima (p. ej., admisión de haber sido excitado específicamente por el dolor, evidencia de una preferencia por la pornografía que involucra temas de sadismo sexual, uso excesivo de violencia dolorosa que va más allá de lo que podría ser necesario en el curso de la comisión de la agresión sexual).

Trastorno de conducta y trastorno de personalidad antisocial. Las personas con trastorno de conducta y trastorno de personalidad antisocial pueden ser físicamente crueles con las personas y obligar a otros a participar en actividades sexuales. Las conductas sexuales coercitivas o sádicas que ocurren en el contexto de un trastorno de conducta o un trastorno de personalidad antisocial pero que no reflejan un patrón subyacente de excitación sexual debido al sufrimiento físico o psicológico de otra persona no deben usarse como base para diagnosticar el trastorno de sadismo sexual. En los casos en los que se cumplen los criterios de diagnóstico tanto para el trastorno de sadismo sexual como para el trastorno de conducta/trastorno de personalidad antisocial, se pueden diagnosticar ambos trastornos.

Comorbilidad Las comorbilidades conocidas con el trastorno de sadismo sexual se basan en gran medida en individuos (casi todos hombres) condenados por actos criminales que involucran actos sádicos contra víctimas que no dieron su consentimiento. Por lo tanto, es posible que estas comorbilidades no se apliquen a todos los individuos que nunca participaron en actividades sádicas con una víctima sin consentimiento pero que califican para un diagnóstico de trastorno de sadismo sexual basado en la angustia subjetiva por su interés sexual. Los trastornos que comúnmente son comórbidos con el trastorno de sadismo sexual incluyen otros trastornos parafílicos. Según un estudio poblacional realizado en Finlandia, las personas que habían tenido comportamientos sexualmente sádicos también habían tenido otros tipos de comportamiento parafílico, a saber (en orden descendente de coexistencia) masoquismo (68,8%), voyeurismo (33,3%), fetichismo travestismo (9,2%) y exhibicionismo (6,4%).

Trastorno pedófilo

Criterios de diagnóstico F65.4

A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexualmente excitantes intensas y recurrentes, impulsos sexuales o comportamientos que involucran actividad sexual con un niño o niños prepúberes (generalmente de 13 años o menos).

B. El individuo ha actuado según estos impulsos sexuales, o los impulsos o fantasías sexuales. causar marcada angustia o dificultad interpersonal.

Machine Translated by Google

C. El individuo tiene al menos 16 años y al menos 5 años más que el niño o los niños del Criterio A.

Nota: No incluya a una persona en la adolescencia tardía involucrada en una relación sexual continua con un niño de 12 o 13 años.

Especifique si: Tipo

exclusivo (atraído sólo por niños)

Tipo no exclusivo

Especifique

si: Atraído sexualmente por hombres

Atraído sexualmente por mujeres

Atraído sexualmente por ambos

Especifique

si: Limitado al incesto

Características diagnósticas

Los criterios de diagnóstico para el trastorno pedófilo pretenden aplicarse tanto a personas que revelan libremente esta parafilia como a personas que niegan cualquier atracción sexual hacia niños prepúberes (generalmente de 13 años o menos), a pesar de evidencia objetiva sustancial de lo contrario. La pauta de edad de 13 años o menos es solo aproximada, porque el inicio de la pubertad varía de persona a persona y hay pruebas fehacientes de que la edad promedio de inicio de la pubertad ha ido disminuyendo con el tiempo y difiere entre etnias y culturas. Ejemplos de divulgación de esta parafilia incluyen reconocer con franqueza un intenso interés sexual en los niños e indicar que el interés sexual en los niños es mayor o igual al interés sexual en personas físicamente maduras. Si los individuos también se quejan de que sus atracciones sexuales o preferencias por los niños les causan una marcada angustia o dificultades psicosociales, se les puede diagnosticar un trastorno pedófilo. Sin embargo, si reportan una ausencia de sentimientos de culpa, vergüenza o ansiedad acerca de estos impulsos y no están funcionalmente limitados por sus impulsos parafílicos (según el autoinforme, la evaluación objetiva o ambos), y sus autoinformados y registrados legalmente. Si las historias indican que nunca han actuado según sus impulsos, entonces estos individuos tienen un interés sexual pedófilo pero no un trastorno pedófilo. Al tratar de diferenciar a los delincuentes infantiles con trastorno pedófilo de los delincuentes infantiles sin trastorno pedófilo, los factores que sugieren un diagnóstico de trastorno pedófilo en el delincuente incluyen interés autoinformado en los niños, uso de pornografía infantil, antecedentes de múltiples víctimas infantiles, niños víctimas, y víctimas infantiles no relacionadas.

Ejemplos de personas que niegan la atracción por los niños incluyen personas que se sabe que se han acercado sexualmente a varios niños en ocasiones distintas, pero que niegan cualquier impulso o fantasía sobre el comportamiento sexual que involucre a niños, y que pueden afirmar además que los episodios conocidos de contacto físico fueron todos involuntarios. y no sexual. Otros individuos pueden reconocer episodios pasados de conducta sexual que involucren a niños, pero negar cualquier interés sexual significativo o sostenido en los niños. Debido a que estos individuos pueden negar experiencias, impulsos o fantasías que involucran a niños, también pueden negar sentirse subjetivamente angustiados. A estas personas todavía se les puede diagnosticar un trastorno pedófilo a pesar de la ausencia de información autoinformada.

Machine Translated by Google

angustia, siempre que haya evidencia de conductas recurrentes que persistan durante 6 meses (Criterio A) y evidencia de que el individuo ha actuado según impulsos sexuales o experimentado dificultades interpersonales como consecuencia del trastorno (Criterio B). Los comportamientos incluyen interacciones sexuales con niños, involucren o no contacto físico (por ejemplo, algunos individuos pedófilos se exponen a niños). Aunque el uso de contenido sexualmente explícito que represente a niños prepúberes es típico de individuos con intereses sexuales pedófilos y, por lo tanto, podría contribuir con información importante y relevante para la evaluación del Criterio A, dicho comportamiento en ausencia de interacciones sexuales del individuo con niños (es decir, actuando sobre estos impulsos sexuales en persona) es insuficiente para concluir que se cumple el Criterio B.

La presencia de múltiples víctimas, como se analizó anteriormente, es suficiente pero no necesaria para el diagnóstico; es decir, el individuo aún puede cumplir el Criterio A simplemente reconociendo un interés sexual intenso o preferencial en los niños.

Funciones asociadas

Las personas con trastorno pedófilo pueden experimentar una afinidad emocional y cognitiva con los niños, a veces denominada congruencia emocional con los niños. La congruencia emocional con los niños puede manifestarse de diferentes maneras, incluida la preferencia por las interacciones sociales con los niños antes que con los adultos, sentir que uno tiene más en común con los niños que con los adultos y elegir ocupaciones o roles voluntarios para estar cerca de los niños con más frecuencia. Los estudios muestran que la congruencia emocional con los niños está relacionada tanto con el interés sexual pedófilo como con la probabilidad de reincidencia sexual entre las personas que han cometido delitos sexuales.

Predominio

Se desconoce la prevalencia poblacional de individuos cuyas presentaciones cumplen todos los criterios para el trastorno pedófilo, pero es probable que sea inferior al 3% entre los hombres en estudios internacionales. La prevalencia poblacional del trastorno pedófilo en las mujeres es aún más incierta, pero probablemente sea una pequeña fracción de la prevalencia en los hombres.

Desarrollo y evolución Los hombres adultos

con trastorno pedófilo pueden indicar que se dieron cuenta de un interés sexual fuerte o preferencial por los niños alrededor de la época de la pubertad, el mismo período en el que los hombres que luego prefieren parejas físicamente maduras se dieron cuenta de su interés sexual por las mujeres o hombres. Intentar diagnosticar el trastorno pedófilo a la edad en que se manifiesta por primera vez es problemático debido a la dificultad durante el desarrollo adolescente para diferenciarlo del interés sexual apropiado para la edad entre sus compañeros o de la curiosidad sexual. Por lo tanto, el Criterio C requiere para el diagnóstico una edad mínima de 16 años y al menos 5 años mayor que el niño o los niños del Criterio A.

La pedofilia per se parece ser una condición que dura toda la vida. Sin embargo, el trastorno pedófilo incluye necesariamente otros elementos que pueden cambiar con el tiempo con o sin tratamiento: angustia subjetiva (p. ej., culpa, vergüenza, frustración sexual intensa o sentimientos de aislamiento) o deterioro psicosocial, o la propensión a comportarse sexualmente con niños. , o ambos. Por lo tanto,

Machine Translated by Google

el curso del trastorno pedófilo puede fluctuar o la intensidad puede aumentar o disminuir con la edad.

Los adultos con trastorno pedófilo pueden informar una conciencia de interés sexual en los niños que precedió a la participación en conductas sexuales que involucran a niños o a la autoidentificación como un individuo con pedofilia. Es probable que la edad avanzada disminuya de manera similar la frecuencia del comportamiento sexual que involucra a los niños como lo hace con otros comportamientos sexuales motivados parafílicamente y no parafílicos.

Factores de Riesgo y Pronóstico Temperamental.

Parece haber una interacción entre la pedofilia y rasgos de personalidad antisocial como la insensibilidad, la impulsividad y la voluntad de correr riesgos sin tener en cuenta las consecuencias. Los hombres con intereses pedófilos y rasgos de personalidad antisocial tienen más probabilidades de comportarse sexualmente con niños y, por lo tanto, califican para un diagnóstico de trastorno pedófilo. Por tanto, el trastorno de personalidad antisocial puede considerarse un factor de riesgo de trastorno pedófilo en hombres con pedofilia.

Ambiental. Los hombres adultos con pedofilia a veces informan que sufrieron abusos sexuales cuando eran niños. Sin embargo, no está claro si esta correlación refleja una influencia causal del abuso sexual infantil en la pedofilia adulta.

Genético y fisiológico. Dado que la pedofilia es una condición necesaria para el trastorno pedófilo, cualquier factor que aumente la probabilidad de pedofilia también aumenta el riesgo de trastorno pedófilo.
Existe cierta evidencia de que la perturbación del desarrollo neurológico en el útero aumenta la probabilidad de desarrollar un interés pedófilo.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género Las

medidas de laboratorio de interés sexual, en términos de respuestas psicofisiológicas a estímulos sexuales que representan niños, que a veces son útiles para diagnosticar el trastorno pedófilo en hombres, no son necesariamente útiles para diagnosticar este trastorno en mujeres porque ha habido investigaciones muy limitadas sobre la evaluación del interés sexual pedófilo en las mujeres.

Marcadores de diagnóstico Las

medidas psicofisiológicas del interés sexual a veces pueden ser útiles cuando la historia de un individuo sugiere la posible presencia de un trastorno pedófilo pero el individuo niega una atracción fuerte o preferencial hacia los niños. La medida más investigada y utilizada durante más tiempo es la pletismografía del pene, aunque la sensibilidad y especificidad del diagnóstico pueden variar entre los sitios, que con frecuencia utilizan diferentes estímulos, procedimientos y puntuaciones. El tiempo de visualización, utilizando fotografías de personas desnudas o con ropa mínima como estímulos visuales, también se utiliza para diagnosticar el trastorno pedófilo, especialmente en combinación con medidas de autoinforme. Sin embargo, los médicos estadounidenses deben ser conscientes de que la posesión de estímulos sexuales visuales que representan niños, incluso con fines de diagnóstico, puede violar la ley estadounidense sobre posesión de pornografía infantil y dejar al médico susceptible a un proceso penal. Existe la opción de utilizar estímulos de audio que describan las interacciones sexuales en la pletismografía del pene. En todos los métodos psicofisiológicos, el marcador de diagnóstico es la respuesta sexual relativa a los estímulos.

Machine Translated by Google

que representan a niños en comparación con estímulos que representan a adultos, en lugar de una respuesta absoluta a los estímulos infantiles.

Diagnóstico diferencial

Pedofilia. Las personas con pedofilia experimentan fantasías o impulsos sexuales recurrentes, intensos y sexualmente excitantes que involucran actividad sexual con un niño o niños prepúberes. A menos que el individuo haya actuado según estos impulsos sexuales con un niño prepúber o a menos que los impulsos o fantasías sexuales causen angustia marcada o dificultad interpersonal, no se justifica un diagnóstico de trastorno pedófilo.

Otros trastornos parafílicos. A veces, los individuos presentan un trastorno parafílico diferente, pero son remitidos para una evaluación sobre un posible trastorno pedófilo (p. ej., cuando un individuo con un diagnóstico de trastorno exhibicionista se expone tanto a niños como a adultos). En algunos casos, ambos diagnósticos pueden aplicarse, mientras que en otros, puede darse el caso de que un diagnóstico de trastorno parafílico sea suficiente. Por ejemplo, un individuo que se expone exclusivamente a niños prepúberes puede tener tanto un trastorno exhibicionista como un trastorno pedófilo, mientras que se puede considerar que otro individuo que se expone a las víctimas, independientemente de la edad de estas, sólo tiene un trastorno exhibicionista.

Desorden de personalidad antisocial. Algunas personas con trastorno de personalidad antisocial abusan sexualmente de niños, lo que refleja el hecho de que la presencia de un trastorno de personalidad antisocial aumenta la probabilidad de que un individuo que se siente atraído principalmente por personas maduras se acerque a un niño sexualmente, sobre la base del acceso relativo al niño. Sólo se debe considerar un diagnóstico adicional de trastorno pedófilo si hay evidencia de que durante un período de al menos 6 meses, el individuo también ha tenido fantasías, impulsos sexuales o comportamientos recurrentes, intensos y sexualmente excitantes que involucran actividad sexual con un niño prepúber.

Intoxicación por sustancias. Los efectos desinhibidores de la intoxicación por sustancias también pueden aumentar la probabilidad de que un individuo que se siente principalmente atraído por personas maduras se acerque sexualmente a un niño.

Trastorno obsesivo compulsivo. Hay personas ocasionales que se quejan de pensamientos egodistónicos y preocupaciones sobre una posible atracción por los niños. Las entrevistas clínicas generalmente revelan una ausencia de sentimientos positivos acerca de estos pensamientos, ninguna conexión entre estos pensamientos y el comportamiento sexual (p. ej., masturbarse con estos pensamientos) y, a veces, ideas sexuales egodistónicas e intrusivas adicionales (p. ej., preocupaciones sobre la homosexualidad).

Comorbilidad La

comorbilidad psiquiátrica del trastorno pedófilo incluye trastornos por uso de sustancias; trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad; desorden de personalidad antisocial; y otros trastornos parafílicos.
Sin embargo, los hallazgos sobre trastornos comórbidos se dan en gran medida entre personas condenadas por delitos sexuales que involucran a niños (casi todos varones) y pueden no ser generalizables a otras personas con trastorno pedófilo (p. ej., personas que nunca se han acercado sexualmente a un niño pero que califican para el diagnóstico de trastorno pedófilo basado en angustia subjetiva).

Machine Translated by Google

Trastorno fetichista

Criterios de diagnóstico	F65.0

A. Durante un período de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente ya sea por el uso de objetos no vivos o por un enfoque muy específico en partes no genitales del cuerpo, manifestado por fantasías, impulsos o conductas.

B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los objetos fetiche no se limitan a prendas de vestir utilizadas para travestirse (como en el trastorno travesti) o dispositivos diseñados específicamente para el propósito de estimulación genital táctil (por ejemplo, vibrador).

Especifique:

Parte(s) del cuerpo

Objeto(s) no vivo(s)

Otro

Especifique

si: En un entorno controlado: este especificador se aplica principalmente a personas que viven en entornos institucionales o de otro tipo donde las oportunidades de participar en conductas fetichistas están restringidas.

En remisión total: No ha habido malestar o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas de funcionamiento durante al menos 5 años mientras se encontraba en un ambiente no controlado.

Especificadores

Aunque los individuos con trastorno fetichista pueden reportar una excitación sexual intensa y recurrente hacia objetos inanimados o una parte específica del cuerpo, no es inusual que ocurran combinaciones no mutuamente excluyentes de intereses sexuales fetichistas. Por lo tanto, un individuo puede tener un trastorno fetichista asociado con un objeto inanimado (p. ej., ropa interior femenina) o un enfoque exclusivo en una parte del cuerpo intensamente erotizada (p. ej., pies, cabello), o su interés fetichista puede cumplir criterios para varias combinaciones de estos especificadores (p. ej., calcetines, zapatos y pies).

Características diagnósticas

El foco parafílico del trastorno fetichista implica el uso persistente y repetitivo o la dependencia de objetos no vivos o un foco muy específico en una parte del cuerpo (típicamente no genital) como elemento primario asociado con la excitación sexual (Criterio A). Un diagnóstico de trastorno fetichista debe incluir angustia personal clínicamente significativa o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio B). Objetos fetichistas comunes

Machine Translated by Google

incluye ropa interior de mujer, calzado de hombre o de mujer, artículos de caucho, ropa de cuero, pañales u otras prendas de vestir. Las partes del cuerpo altamente erotizadas asociadas con el trastorno fetichista incluyen los pies, los dedos de los pies y el cabello. No es raro que los fetiches sexualizados incluyan tanto objetos inanimados como partes del cuerpo (por ejemplo, calcetines y pies sucios), y por esta razón la definición de trastorno fetichista ahora reincorpora el parcialismo (es decir, un enfoque exclusivo en una parte del cuerpo) en sus límites. El parcialismo, anteriormente considerado en el DSM-IV-TR como una parafilia no especificada de otra manera, había estado históricamente subsumido en el fetichismo antes del DSM-III.

Muchos individuos que se autoidentifican como practicantes fetichistas no necesariamente informan de un deterioro clínico asociado con sus conductas asociadas al fetichismo. Se podría considerar que estos individuos tienen un interés sexual fetichista (es decir, una excitación sexual intensa y recurrente ya sea por el uso de objetos no vivos o por un enfoque muy específico en una parte no genital del cuerpo, manifestado por fantasías, impulsos o comportamientos), pero No es un trastorno fetichista. Un diagnóstico de trastorno fetichista requiere el cumplimiento simultáneo de las conductas del Criterio A y de la angustia o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento observado en el Criterio B.

Funciones asociadas

El trastorno fetichista puede ser una experiencia multisensorial, que incluye sostener, saborear, frotar, insertar u oler el objeto fetiche mientras se masturba, o preferir que una pareja sexual use o utilice un objeto fetiche durante los encuentros sexuales. Cabe señalar que muchas personas con intereses sexuales fetichistas también disfrutan de experiencias sexuales con su(s) pareja(s) sin utilizar su objeto fetiche. Sin embargo, también cabe señalar que las personas con un interés sexual fetichista a menudo encuentran que las experiencias sexuales que involucran su objeto fetiche son más satisfactorias sexualmente que las experiencias sexuales sin él. Y para una minoría de personas con un interés sexual fetichista, su objeto fetiche es obligatorio para excitarse y/o satisfacerse sexualmente.
Algunas personas pueden adquirir extensas colecciones de objetos fetichistas muy deseados.

Desarrollo y curso

Por lo general, las parafilias comienzan durante la pubertad, pero los intereses sexuales fetichistas pueden desarrollarse antes de la adolescencia. Una vez establecido, el trastorno fetichista tiende a tener un curso continuo que fluctúa en intensidad y frecuencia de los impulsos o el comportamiento.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

El conocimiento y la consideración adecuada de los aspectos normativos de la conducta sexual son factores importantes a explorar para establecer un diagnóstico clínico de trastorno fetichista y distinguir un diagnóstico clínico de una conducta sexual socialmente aceptable.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

Las conductas fetichistas se han informado más en hombres, pero también ocurren en mujeres. Esta diferencia de género es menor en la fantasía fetichista que en el comportamiento fetichista real. En muestras clínicas, el trastorno fetichista se reporta casi exclusivamente en hombres.

Consecuencias funcionales del trastorno fetichista

Las deficiencias típicas asociadas con el trastorno fetichista incluyen disfunción sexual durante

Machine Translated by Google

relaciones románticas recíprocas cuando el objeto fetiche o parte del cuerpo preferido es

no disponible durante los juegos previos o el coito. Algunas personas con trastorno fetichista pueden preferir la actividad sexual solitaria asociada con sus preferencias fetichistas incluso mientras mantienen una relación recíproca y afectiva significativa.

Diagnóstico diferencial

Trastorno travesti. El vecino diagnóstico más cercano del trastorno fetichista es el trastorno transvestista. Como se señala en los criterios de diagnóstico, el trastorno fetichista no se diagnostica cuando los objetos fetichistas se limitan a prendas de vestir que se usan exclusivamente durante el travestismo (como en el trastorno travestismo), o cuando el objeto es estimulante genitalmente porque ha sido diseñado para ese propósito. ej., un vibrador).

Trastorno de masoquismo sexual u otros trastornos parafílicos. El trastorno fetichista puede coexistir con otros trastornos parafílicos, especialmente el comportamiento o los intereses sadomasoquistas y el trastorno travesti. Cuando un individuo fantasea o se involucra en un "travestismo forzado" y se excita principalmente sexualmente por la dominación o humillación asociada con dicha fantasía o actividad repetitiva, y experimenta angustia o deterioro funcional, se debe hacer el diagnóstico de trastorno de masoquismo sexual.

Fetichismo. El uso de un objeto fetiche para la excitación sexual (fetichismo) sin ninguna angustia asociada o deterioro del rol psicosocial u otra consecuencia adversa no cumpliría los criterios de trastorno fetichista, ya que no se cumpliría el umbral requerido por el Criterio B. Por ejemplo, un individuo cuya pareja sexual comparte o puede incorporar con éxito su interés por acariciar, oler o lamer los pies o los dedos de los pies como un elemento importante de los juegos previos no sería diagnosticado con trastorno fetichista; tampoco lo haría un individuo que prefiera, y no se sienta angustiado o afectado por, un comportamiento sexual solitario asociado con el uso de prendas de goma o botas de cuero.

Comorbilidad El

trastorno fetichista puede coexistir con otros trastornos parafílicos, así como con la hipersexualidad.
En raras ocasiones, el trastorno fetichista puede estar asociado con afecciones neurológicas.

Trastorno Transvestico

Criterios de diagnóstico	F65.1

A. Durante un período de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente por el travestismo, manifestada por fantasías, impulsos o comportamientos.

B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especifique si:

Machine Translated by Google

Con fetichismo: Si se excita sexualmente con telas, materiales o prendas.

Con autoginefilia: si se excita sexualmente por pensamientos o imágenes de uno mismo como mujer.

Especifique

si: En un entorno controlado: este especificador se aplica principalmente a personas que viven en entornos institucionales o de otro tipo donde las oportunidades de travestirse están restringidas.

En remisión total: No ha habido malestar o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas de funcionamiento durante al menos 5 años mientras se encontraba en un ambiente no controlado.

Especificadores

La presencia de fetichismo disminuye la probabilidad de disforia de género en hombres con trastorno travesti. La presencia de autoginefilia aumenta la probabilidad de disforia de género en hombres con trastorno travesti.

Características diagnósticas

El diagnóstico de trastorno travesti no se aplica a todos los individuos que se visten como del sexo opuesto, ni siquiera a aquellos que lo hacen habitualmente. Se aplica a personas cuyo travestismo o pensamientos de travestismo van siempre o con frecuencia acompañados de excitación sexual (Criterio A) y que están emocionalmente angustiados por este patrón o para quienes perjudica su funcionamiento social o interpersonal (Criterio B). El travestismo puede implicar sólo una o dos prendas de vestir (por ejemplo, para los hombres, puede referirse sólo a la ropa interior de las mujeres), o puede implicar vestirse completamente con prendas interiores y exteriores del otro sexo y (en los hombres) puede incluir el uso de pelucas y maquillaje de mujer. La excitación sexual, en su forma más obvia de erección del pene, puede coexistir con el travestismo de varias maneras. En los hombres más jóvenes, el travestismo a menudo conduce a la masturbación, tras lo cual se quita la ropa de mujer. Los hombres mayores a menudo aprenden a evitar masturbarse o hacer cualquier cosa para estimular el pene, de modo que evitar la eyaculación les permita prolongar su sesión de travestismo. Los hombres y las mujeres a veces completan una sesión de travestismo teniendo relaciones sexuales con sus parejas, y algunos tienen dificultades para mantener suficiente excitación sexual para la actividad sexual sin travestismo (o sin tener fantasías privadas de travestismo).

La evaluación clínica de la angustia o el deterioro, al igual que la evaluación clínica de la excitación sexual travesti, suele depender del autoinforme del individuo. El patrón de conducta de “purga y adquisición” a menudo indica la presencia de angustia en individuos con trastorno travesti.
Durante este patrón de comportamiento, un individuo (generalmente un hombre) que ha gastado una gran cantidad de dinero en ropa de mujer y otras prendas (por ejemplo, zapatos, pelucas) descarta los artículos (es decir, los purga) en un esfuerzo por superar los impulsos de cruzar. -Vestirse, y luego comienza a adquirir de nuevo un guardarropa de mujer.

Machine Translated by Google

Funciones asociadas

El trastorno travestismo en los hombres suele ir acompañado de autoginefilia (es decir, la tendencia parafílica del hombre a excitarse sexualmente ante el pensamiento o la imagen de sí mismo como mujer). Las fantasías y conductas autoginéfilas pueden centrarse en la idea de exhibir funciones fisiológicas femeninas (p. ej., lactancia, menstruación), participar en conductas estereotípicamente femeninas (p. ej., tejer) o poseer anatomía femenina (p. ej., senos).

Predominio

Se desconoce la prevalencia del trastorno travesti; sin embargo, parece ser mucho más frecuente en hombres que en mujeres. Menos del 3% de los hombres suecos afirman haber sentido alguna vez excitación sexual vistiendo ropa de mujer. El porcentaje de personas que se han travestido con excitación sexual más de una o varias veces en su vida sería aún menor.

Desarrollo y evolución

En los hombres, los primeros signos del trastorno travestismo pueden comenzar en la infancia, en forma de una fuerte fascinación por una determinada prenda femenina. Antes de la pubertad, el travestismo produce sentimientos generalizados de excitación placentera. Con la llegada de la pubertad, vestirse con ropa de mujer comienza a provocar la erección del pene y, en algunos casos, conduce directamente a la primera eyaculación. En muchos casos, el travestismo provoca cada vez menos excitación sexual a medida que el individuo crece; eventualmente puede que no produzca ninguna respuesta peneana discernible. El deseo de travestirse, al mismo tiempo, sigue siendo el mismo o se hace aún más fuerte.

Las personas que informan tal disminución de la respuesta sexual generalmente informan que la excitación sexual del travestismo ha sido reemplazada por sentimientos de comodidad o bienestar.

En algunos casos, el curso del trastorno travesti es continuo y en otros es episódico. No es raro que los hombres con trastorno travesti pierdan interés en travestirse cuando se enamoran por primera vez de una mujer y comienzan una relación, pero esa disminución suele ser temporal.
Cuando regresa el deseo de travestirse, también regresa la angustia asociada.

Algunos casos de trastorno travesti progresan a disforia de género. Los hombres en estos casos, que pueden ser indistinguibles de otros con trastorno travesti en la adolescencia o la primera infancia, desarrollan gradualmente deseos de permanecer en el papel de mujer durante períodos más largos y de feminizar su anatomía. El desarrollo de la disforia de género suele ir acompañado de una reducción o eliminación (autoinformada) de la excitación sexual en asociación con el travestismo.

La manifestación del travestismo en la erección y estimulación del pene, al igual que la manifestación de otros intereses sexuales parafílicos y no parafílicos, es más intensa en la adolescencia y la edad adulta temprana. La gravedad del trastorno travesti es mayor en la edad adulta, cuando los impulsos travestis tienen más probabilidades de entrar en conflicto con el desempeño en las relaciones heterosexuales y los deseos de casarse y formar una familia. Los hombres de mediana edad y mayores con antecedentes de travestismo tienen menos probabilidades de presentar trastorno travestismo que disforia de género.

Consecuencias funcionales del trastorno travesti

Machine Translated by Google

Participar en conductas travestis puede interferir o perjudicar las relaciones heterosexuales.
Esto puede ser una fuente de angustia para los hombres que desean mantener matrimonios convencionales o parejas románticas con mujeres.

Diagnóstico diferencial

Travestismo. Las personas con travestismo experimentan una excitación sexual intensa y recurrente debido al travestismo. A menos que las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos que implican el travestismo estén acompañados de angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, no se justifica un diagnóstico de trastorno travesti.

Trastorno fetichista. Este trastorno puede parecerse al trastorno travesti, en particular, en hombres con fetichismo que se ponen ropa interior de mujer mientras se masturban con ellas. La distinción del trastorno travesti depende de los pensamientos específicos del individuo durante dicha actividad (p. ej., ¿tiene alguna idea de ser mujer, ser como una mujer o vestirse como una mujer?) y de la presencia de otros fetiches (p. ej., ropa suave, sedosa). tejidos, ya sean para prendas de vestir o para otra cosa).

Disforia de género. Los individuos con trastorno travesti no reportan una incongruencia entre su género experimentado y el género asignado o un deseo de ser del otro género; y normalmente no tienen antecedentes de conductas transgénero en la infancia, que estarían presentes en personas con disforia de género. Las personas con una presentación que cumple todos los criterios de trastorno travesti y de disforia de género deben recibir ambos diagnósticos.

Comorbilidad

El trastorno travestí se encuentra a menudo asociado con otras parafilias. Las parafilias concurrentes más frecuentes son los intereses o comportamientos sexuales fetichistas y los intereses o comportamientos sexuales masoquistas. Una forma particularmente peligrosa de intereses o comportamientos sexuales masoquistas, la asfixia autoerótica, se asocia con intereses o comportamientos sexuales travestis en una proporción sustancial de los casos fatales.

Otro trastorno parafílico especificado

F65.89

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno parafílico que causan malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos parafílicos. .
La categoría de otro trastorno parafílico especificado se utiliza en situaciones en las que el médico elige comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de ningún trastorno parafílico específico. Esto se hace registrando "otro trastorno parafílico especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "zoofilia").

Machine Translated by Google

Ejemplos de presentaciones que se pueden especificar usando la designación "otro especificado" incluyen, entre otros, excitación sexual intensa y recurrente que involucra escatología telefónica (llamadas telefónicas obscenas), necrofilia (cadáveres), zoofilia (animales), coprofilia (heces). , klismafilia (enemas) o urofilia (orina) que ha estado presente durante al menos 6 meses y causa malestar marcado o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento. Otro trastorno parafílico especificado puede especificarse como en remisión y/o como que ocurre en un ambiente controlado.

Trastorno parafílico no especificado

F65.9

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno parafílico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos de la clase diagnóstica de trastornos parafílicos. .
La categoría de trastorno parafílico no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico elige no especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un trastorno parafílico específico, e incluye presentaciones en las que no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Otros trastornos mentales y códigos adicionales

Este capítulo proporciona códigos de diagnóstico para presentaciones psiquiátricas que son trastornos mentales (es decir, los síntomas causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento) pero que no cumplen con los requisitos de diagnóstico para ninguno de los trastornos mentales en el capítulo anterior. Capítulos de la Sección II. Estos códigos permiten la documentación y codificación de estos trastornos mentales que de otro modo no estarían clasificados. Este capítulo también incluye un código adicional, “Sin diagnóstico o condición”, para situaciones en las que el individuo ha sido evaluado y se determina que no hay ningún trastorno o condición mental presente

Las categorías 1) otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica y 2) trastorno mental no especificado debido a otra afección médica son para presentaciones en las que se ha determinado que los síntomas psiquiátricos (p. ej., síntomas disociativos) son una consecuencia fisiológica directa de otra afección. condición médica pero no cumple con los criterios de diagnóstico para ninguno de los trastornos mentales de la Sección II anteriores debido a otra condición médica. Para el diagnóstico de otro trastorno mental especificado o no especificado debido a otra afección médica, es necesario codificar y enumerar primero la afección médica (p. ej., enfermedad por VIH B20), seguida del código aplicable para otro trastorno mental especificado o no especificado debido a otra afección médica. otra condición médica.

Las categorías 1) otro trastorno mental especificado y 2) trastorno mental no especificado son categorías residuales que se utilizan cuando se cumplen todas las consideraciones siguientes: la presentación psiquiátrica es un trastorno mental (es decir, los síntomas causan angustia o deterioro clínicamente significativo en el ámbito social, laboral, u otras áreas importantes de funcionamiento); la presentación no cumple con los criterios de diagnóstico para ninguno de los trastornos mentales específicos de la Sección II; la presentación tampoco cumple con los requisitos de definición de ninguna de las otras categorías de trastornos mentales especificadas y no especificadas presentadas en la Sección II; y no se aplica ningún otro diagnóstico de trastorno mental.

Como ocurre con otras categorías especificadas y no especificadas en el DSM-5, la otra categoría especificada se utiliza cuando el médico elige especificar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de cualquiera de las categorías existentes (p. ej., otras categorías mentales especificadas). trastorno debido a crisis parciales complejas, con síntomas disociativos), y la categoría no especificada se utiliza cuando el médico decide no especificar el motivo.

Otro trastorno mental especificado debido a otra causa médica Condición

F06.8

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que se presentan síntomas característicos de un trastorno mental.

Machine Translated by Google

Predomina el trastorno debido a otra afección médica que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumple todos los criterios para ningún trastorno mental específico atribuible a otra afección médica.

condición. La categoría de otro trastorno mental especificado debido a otra condición médica se utiliza en situaciones en las que el médico elige comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de ningún trastorno mental específico atribuible a otra condición médica. Esto se hace registrando el nombre del trastorno, con la condición médica etiológica específica insertada en lugar de "otra condición médica", seguida de la manifestación sintomática específica que no cumple con los criterios de ningún trastorno mental específico debido a otra condición médica. Además, el código de diagnóstico de la afección médica específica debe figurar inmediatamente antes del código del otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica. Por ejemplo, los síntomas disociativos debidos a convulsiones parciales complejas se codificarían y registrarían como G40.209 convulsiones parciales complejas, F06.8 otro trastorno mental especificado debido a convulsiones parciales complejas, síntomas disociativos.

Un ejemplo de una presentación que se puede especificar usando "otro especificado" designación es la siguiente:

Síntomas disociativos: esto incluye síntomas que ocurren, por ejemplo, en el contexto de crisis parciales complejas.

Trastorno mental no especificado debido a otro motivo médico Condición

F09

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno mental debido a otra afección médica que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno mental específico debido a otra condición médica. a otra condición médica. La categoría de trastorno mental no especificado debido a otra condición médica se utiliza en situaciones en las que el médico elige no especificar el motivo por el cual no se cumplen los criterios para un trastorno mental específico debido a otra condición médica, e incluye presentaciones para las cuales no hay información suficiente. para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en salas de emergencia).

Esto se hace registrando el nombre del trastorno, con la afección médica etiológica específica insertada en lugar de "otra afección médica". Además, el

Machine Translated by Google

El código de diagnóstico para la afección médica específica debe aparecer inmediatamente antes del código del trastorno mental no especificado debido a otra afección médica. Por ejemplo, los síntomas disociativos debidos a convulsiones parciales complejas se codificarían y registrarían como G40.209 convulsiones parciales complejas, F09 trastorno mental no especificado debido a convulsiones parciales complejas.

Otro trastorno mental especificado

F99

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno mental que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios para ningún trastorno mental específico. La categoría de otro trastorno mental específico se utiliza en situaciones en las que el médico elige comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple con los criterios de ningún trastorno mental específico. Esto se hace registrando "otro trastorno mental especificado" seguido del motivo específico.

Trastorno mental no especificado

F99

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno mental que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de cualquier trastorno mental. La categoría de trastorno mental no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico decide no especificar el motivo por el que no se cumplen los criterios para un trastorno mental específico, e incluye presentaciones para las cuales no hay información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en configuración de la sala de emergencias).

Códigos adicionales

Z03.89 Sin diagnóstico o condición Este código se aplica

a situaciones en las que la persona ha sido evaluada y se determina que no hay ningún trastorno o condición mental presente.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y Otros efectos adversos de la medicación

Los trastornos del movimiento inducidos por medicamentos se incluyen en la Sección II debido a su importancia frecuente en 1) el tratamiento mediante medicamentos de los trastornos mentales u otras afecciones médicas y 2) el diagnóstico diferencial de los trastornos mentales (p. ej., trastorno de ansiedad versus acatisia inducida por medicamentos; catatonia maligna [una forma de catatonia particularmente grave y potencialmente mortal] versus síndrome neuroléptico maligno; discinesia tardía versus corea). Aunque estos trastornos del movimiento se denominan "inducidos por medicamentos", a menudo es difícil establecer la relación causal entre la exposición a los medicamentos y el desarrollo del trastorno del movimiento, especialmente porque algunos de estos trastornos del movimiento también ocurren en ausencia de exposición a los medicamentos. Las condiciones y problemas enumerados en este capítulo no son trastornos mentales.

El término neuroléptico se está volviendo obsoleto porque resalta la propensión de los medicamentos antipsicóticos a causar movimientos anormales, y en muchos contextos está siendo reemplazado por el término medicamentos antipsicóticos y otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina . Aunque es menos probable que los medicamentos antipsicóticos más nuevos causen algunos trastornos del movimiento inducidos por medicamentos, esos trastornos aún ocurren. Los medicamentos antipsicóticos y otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina incluyen los llamados agentes antipsicóticos convencionales, "típicos" o de primera generación (p. ej., clorpromazina, haloperidol, flufenazina); agentes antipsicóticos "atípicos" o de segunda generación (p. ej., clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina); ciertos fármacos bloqueadores de los receptores de dopamina utilizados en el tratamiento de síntomas como náuseas y gastroparesia (p. ej., proclorperazina, prometazina, trimetobenzamida, tietilperazina, metoclopramida); y amoxapina, que está indicada para el tratamiento de la depresión.

Parkinsonismo inducido por medicamentos

G21.11 Medicamentos antipsicóticos y otros receptores de dopamina Parkinsonismo inducido por agentes bloqueantes

G21.19 Parkinsonismo inducido por otros medicamentos

El parkinsonismo inducido por medicamentos (MIP), la segunda causa más común de parkinsonismo después de la enfermedad de Parkinson, se asocia con morbilidad significativa, discapacidad e incumplimiento del tratamiento, particularmente en personas con trastornos psiquiátricos. Debido a que el reconocimiento temprano es importante, cualquier caso nuevo de parkinsonismo debe requerir un historial médico completo, lo cual es esencial para el diagnóstico de MIP. Debería ser evidente una relación temporal entre el inicio de la medicación y la aparición del parkinsonismo. Una serie de agentes que pueden recetarse a personas con trastornos psiquiátricos también pueden inducir parkinsonismo, pero la MIP se observa con mayor frecuencia tras la exposición.

Machine Translated by Google

a medicamentos antipsicóticos que bloquean los receptores de dopamina D2 . La MIP ocurre en tasas más altas con antipsicóticos que tienen mayor potencia para el receptor D2 de dopamina , como haloperidol, flufenazina y risperidona, pero no hay

diferencias en las características clínicas del parkinsonismo entre los antipsicóticos de primera y segunda generación.

Otros medicamentos que pueden causar MIP incluyen antagonistas de los canales de calcio (p. ej., flunarizina, cinarizina), depletores de dopamina (p. ej., reserpina, tetrabenazina), antiepilépticos (p. ej., fenitoína, valproato, levetiracetam), antidepresivos (p. ej., inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, monoaminooxidasa inhibidores), litio, fármacos quimioterapéuticos (p. ej., arabinósido de cistosina, ciclofosfamida, vincristina, doxorrubicina, paclitaxel, etopósido) e inmunosupresores (p. ej., ciclosporina, tacrolimus). Las toxinas (p. ej., 1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetrahidropiridina [MPTP], pesticidas organofosforados, manganeso, metanol, cianuro, monóxido de carbono y disulfuro de carbono) también pueden causar MIP.

El curso temporal para el desarrollo de MIP varía. Por lo general, la MIP se desarrolla unas semanas después de iniciar o aumentar la dosis de un medicamento que se sabe que causa parkinsonismo o después de reducir un medicamento antiparkinsoniano (p. ej., un agente anticolinérgico) que se usa para tratar o prevenir la distonía o los síntomas parkinsonianos inducidos por medicamentos. Sin embargo, la MIP también puede desarrollarse rápidamente después de iniciar o aumentar la dosis de un medicamento o tener un inicio insidioso después de muchos meses de exposición. Con medicamentos antipsicóticos u otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina, la MIP generalmente se desarrolla de 2 a 4 semanas después de comenzar a tomar el medicamento y generalmente a los 3 meses. Principalmente con los bloqueadores de los canales de calcio, se informa un segundo pico de aparición de síntomas después de aproximadamente 1 año.

Las tasas informadas de MIP se ven afectadas por la ausencia de criterios de diagnóstico estándar, el diagnóstico incorrecto o la atribución errónea de los signos de MIP a la enfermedad con cuerpos de Lewy (p. ej., enfermedad de Parkinson), o una afección psiquiátrica, y la falta general de reconocimiento, especialmente en los casos más leves. Se estima que al menos el 50% de los pacientes ambulatorios que reciben tratamiento antipsicótico a largo plazo con agentes típicos desarrollan signos o síntomas parkinsonianos en algún momento del curso del tratamiento.

No existen características clínicas que distingan de manera confiable la MIP de la enfermedad de Parkinson. Debido a que los signos y síntomas motores en la enfermedad de Parkinson comienzan unilateralmente y progresan de manera asimétrica, la aparición subaguda de parkinsonismo bilateral a las pocas semanas de iniciar un antipsicótico u otro agente causante de MIP es muy sugestivo de MIP. Los signos parkinsonianos suelen ser simétricos en la MIP, pero los patrones asimétricos no son infrecuentes y no deben excluir el diagnóstico de MIP. Además, el curso y la presentación del parkinsonismo no deberían explicarse mejor por fenómenos psiquiátricos, como la catatonia, los síntomas negativos de la esquizofrenia o el retraso psicomotor en un episodio depresivo mayor; otros trastornos del movimiento inducidos por medicamentos no parkinsonianos; otra condición neurológica o médica (por ejemplo, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Wilson); o enfermedad de Parkinson exacerbada por antipsicóticos.

En MIP, la rigidez y la bradicinesia están presentes con mayor frecuencia, mientras que el temblor es algo menos común y puede estar ausente. El temblor parkinsoniano, también conocido como “temblor de la píldora”, es un movimiento oscilatorio rítmico y constante (3 a 6 ciclos por segundo) que se manifiesta en reposo y suele ser más lento que otros temblores. Puede ser intermitente, unilateral o bilateral, o dependiente de la posición de la extremidad (es decir, temblor posicional). El temblor puede afectar las extremidades, la cabeza, la mandíbula, la boca, los labios (“síndrome del conejo”) o la lengua. Como está presente en reposo, el temblor puede suprimirse, especialmente

Machine Translated by Google

cuando el individuo intenta realizar una tarea con el miembro tembloroso. Las personas pueden describir el temblor como "temblor" e informar que puede empeorar con ansiedad, estrés o fatiga.

La rigidez parkinsoniana se experimenta como una rigidez e inflexibilidad involuntaria de los músculos de las extremidades, los hombros, el cuello o el tronco. La rigidez se evalúa evaluando el tono muscular o la cantidad de resistencia presente cuando el examinador mueve una extremidad (y estira los músculos) pasivamente alrededor de una articulación. En la rigidez en tubo de plomo, el aumento del tono es constante en todo el rango de movimiento (en contraste con la espasticidad por rigidez en navaja). Se cree que la rigidez de la rueda dentada representa un temblor superpuesto a la rigidez. Más común en las muñecas y los codos, se experimenta como una resistencia rítmica similar a un trinquete (rueda dentada) cuando los músculos se mueven pasivamente alrededor de una articulación. Los individuos con rigidez parkinsoniana pueden

se quejan de sensibilidad o rigidez muscular generalizada, rigidez en las extremidades, dolor muscular o articular, dolor corporal o falta de coordinación.

La bradicinesia y la acinesia son estados observables de actividad motora espontánea disminuida o ausente, respectivamente. Hay una desaceleración global, así como una lentitud en el inicio y ejecución de movimientos. Los comportamientos cotidianos (p. ej., acicalarse) pueden ser difíciles de realizar con normalidad y pueden reducirse. Los individuos pueden quejarse de apatía, falta de espontaneidad e impulso o fatiga.

La rigidez parkinsoniana y la bradicinesia se manifiestan como anomalías de la marcha, que incluyen disminución de la longitud de la zancada, balanceo de los brazos o espontaneidad general de la marcha. Otros signos incluyen una postura encorvada con el cuello inclinado y los hombros encorvados, una expresión facial fija y pequeños pasos arrastrando los pies. El babeo puede surgir como resultado de la reducción de la actividad motora faríngea y la deglución, pero debido a las propiedades anticolinérgicas de estos medicamentos, puede ser menos común en el parkinsonismo inducido por antipsicóticos en comparación con otros medicamentos que causan MIP.

MIP se asocia con una mayor disfunción de la marcha, caídas y colocación en residencias de ancianos. Como tal, MIP es un trastorno iatrogénico grave del movimiento en personas mayores que justifica su reconocimiento y diagnóstico temprano. Los síntomas conductuales asociados pueden incluir depresión y empeoramiento de los signos negativos de la esquizofrenia. Otros signos y síntomas parkinsonianos incluyen escritura pequeña (micrografía), destreza motora reducida, hipofonía, disminución del reflejo nauseoso, disfagia, inestabilidad postural, expresión facial reducida y parpadeo, y seborrea. Cuando el parkinsonismo se asocia con una disminución grave de la actividad motora, las complicaciones médicas del parkinsonismo incluyen contracturas, escaras, embolias pulmonares, incontinencia urinaria, neumonía por aspiración, pérdida de peso y fracturas de cadera.

Los factores de riesgo constantes son el sexo femenino, la edad avanzada, el deterioro cognitivo, otras afecciones neurológicas concurrentes, la infección por VIH, los antecedentes familiares de la enfermedad de Parkinson y la enfermedad psiquiátrica grave. También se ha notificado MIP secundaria al uso de antipsicóticos en niños. El riesgo de MIP se reduce si las personas toman medicamentos anticolinérgicos.

Diagnóstico diferencial La enfermedad

de Parkinson y las afecciones de Parkinson plus, como la atrofia multisistémica, la parálisis supranuclear progresiva y la enfermedad de Wilson, se distinguen de la MIP por los otros signos y síntomas que acompañan al parkinsonismo. Por ejemplo, la enfermedad de Parkinson se sugiere por la evidencia de tres o más características cardinales de la enfermedad de Parkinson (p. ej., reposo

Machine Translated by Google

temblor, rigidez, bradicinesia, inestabilidad postural), hiposmia, alteraciones del sueño como el trastorno de conducta del sueño con movimientos oculares rápidos (REM), y síntomas urinarios y autonómicos comunes a la enfermedad de Parkinson. Es menos probable que estas características estén presentes en MIP. Las personas con causas neurológicas primarias de parkinsonismo también son susceptibles a que los síntomas empeoren si se tratan con medicamentos que causan MIP.

Los temblores no parkinsonianos tienden a ser más finos (p. ej., de menor amplitud) y más rápidos (10 ciclos por segundo) y empeoran según la intención (p. ej., cuando se extiende la mano para agarrar un objeto). La abstinencia de sustancias suele asociarse con hiperreflexia y aumento de los signos autonómicos. En la enfermedad cerebelosa, el temblor empeora con la intención y puede asociarse con nistagmo, ataxia o habla escandalosa. Los movimientos coreiformes asociados con la discinesia tardía carecen de la rítmica constante de un temblor parkinsoniano. Los accidentes cerebrovasculares y otras lesiones del sistema nervioso central pueden causar signos neurológicos focales o inmovilidad por parálisis fláccida o espástica, que se caracteriza por disminución de la fuerza muscular y aumento del tono en el movimiento pasivo que cede con mayor presión (es decir, rigidez en navaja). Esto contrasta con la rigidez del tubo de plomo y la fuerza muscular normal en MIP.

Las alternativas diagnósticas a la MIP también se sugieren por antecedentes familiares de una afección neurológica hereditaria, parkinsonismo rápidamente progresivo no explicado por cambios psicofarmacológicos recientes o presencia de signos neurológicos focales (p. ej., signos de liberación frontal, anomalías de los nervios craneales, un signo de Babinski positivo). . El síndrome neuroléptico maligno implica acinesia y rigidez graves, pero también hallazgos físicos y de laboratorio característicos (p. ej., fiebre, aumento de la creatinfosfocinasa).

La lentitud psicomotora, la inactividad y la apatía que se observan en el trastorno depresivo mayor pueden ser indistinguibles de la lentitud motora o la acinesia de la MIP, pero es más probable que el trastorno depresivo mayor incluya signos vegetativos (p. ej., despertar temprano en la mañana), desesperanza y desesperación. Los síntomas negativos de la esquizofrenia, la catatonia asociada con la esquizofrenia o los trastornos del estado de ánimo con características catatónicas también pueden ser difíciles de distinguir de la acinesia inducida por medicamentos. La rigidez también puede manifestarse en trastornos psicóticos, delirio, trastorno neurocognitivo mayor, trastornos de ansiedad y trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión). En la rigidez parkinsoniana, la resistencia al movimiento pasivo es constante en todo el rango de movimiento, mientras que es inconsistente en los trastornos psiquiátricos u otras afecciones neurológicas que se presentan con rigidez. En general, la constelación de signos físicos asociados en la exploración y síntomas asociados con el temblor, la rigidez y la bradicinesia del parkinsonismo ayuda a distinguir la rigidez y la bradicinesia relacionadas con MIP de otras causas psiquiátricas primarias de rigidez y disminución del movimiento.

Síndrome neuroléptico maligno

G21.0 Síndrome Neuroléptico Maligno

Las personas con síndrome neuroléptico maligno generalmente han estado expuestas a un antagonista de la dopamina dentro de las 72 horas anteriores al desarrollo de los síntomas. La hipertermia (>100,4°F o >38,0°C en al menos dos ocasiones, medida por vía oral), asociada con diaforesis profusa, es una

Machine Translated by Google

rasgo distintivo del síndrome neuroléptico maligno, que lo distingue de otros efectos secundarios neurológicos de los medicamentos antipsicóticos y otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina. Es más probable que las elevaciones extremas de la temperatura, que reflejan una alteración de la termorregulación central, respalden el diagnóstico de síndrome neuroléptico maligno. La rigidez generalizada, descrita como “tubo de plomo” en su forma más grave y que generalmente no responde a los agentes antiparkinsonianos, es una característica fundamental del trastorno y puede estar asociada con otros síntomas neurológicos (p. ej., temblor, sialorrea, acinesia, distonía, trismo, mioclono). , disartria, disfagia, rabdomiólisis). Con frecuencia se observa una elevación de la creatina quinasa de al menos cuatro veces el límite superior normal. Los cambios en el estado mental, caracterizados por delirio o alteración de la conciencia que van desde estupor hasta coma, son a menudo un signo temprano del síndrome neuroléptico maligno.
Los individuos afectados pueden parecer alerta pero aturdidos e insensibles, lo que corresponde a un estupor catatónico. Activación e inestabilidad autónoma: manifestada por taquicardia (frecuencia > 25 % por encima del valor inicial), diaforesis, elevación de la presión arterial (sistólica o diastólica ≥ 25 % por encima del valor inicial) o fluctuación (cambio diastólico ≥ 20 mmHg o cambio sistólico ≥ 25 mmHg en 24 horas) , incontinencia urinaria y palidez: pueden observarse en cualquier momento, pero proporcionan una pista temprana para el diagnóstico. La taquipnea (tasa > 50% por encima del valor inicial) es común y puede ocurrir dificultad respiratoria (resultante de acidosis metabólica, hipermetabolismo, restricción de la pared torácica, neumonía por aspiración o embolia pulmonar) que conduce a un paro respiratorio repentino.

Aunque varias anomalías de laboratorio están asociadas con el síndrome neuroléptico maligno, ninguna anomalía es específica del diagnóstico. Los individuos con síndrome neuroléptico maligno pueden tener leucocitosis, acidosis metabólica, hipoxia, disminución de las concentraciones séricas de hierro y elevaciones de las enzimas musculares y catecolaminas séricas. Los hallazgos del análisis del líquido cefalorraquídeo y los estudios de neuroimagen son generalmente normales, mientras que la electroencefalografía muestra una desaceleración generalizada. Los hallazgos de las autopsias en casos fatales han sido inespecíficos y variables, dependiendo de las complicaciones.

La evidencia de estudios de bases de datos sugiere tasas de incidencia del síndrome neuroléptico maligno del 0,01% al 0,02% entre las personas tratadas con antipsicóticos. Un estudio poblacional realizado en Hong Kong encontró un riesgo de incidencia del 0,11% en personas tratadas con medicación antipsicótica.

La progresión temporal de los signos y síntomas proporciona pistas importantes para el diagnóstico y pronóstico del síndrome neuroléptico maligno. La alteración del estado mental y otros signos neurológicos suelen preceder a los signos sistémicos. La aparición de los síntomas varía desde horas hasta días después del inicio del fármaco. Algunos casos se desarrollan dentro de las 24 horas posteriores al inicio del tratamiento, la mayoría dentro de la primera semana y prácticamente todos los casos dentro de los 30 días. Una vez que se diagnostica el síndrome y se suspenden los fármacos antipsicóticos orales y otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina, el síndrome neuroléptico maligno es autolimitado en la mayoría de los casos. El tiempo medio de recuperación después de suspender el fármaco es de siete a 10 días; la mayoría de los individuos se recupera en una semana y casi todos en 30 días. La duración puede prolongarse cuando están implicados medicamentos antipsicóticos de acción prolongada. Ha habido informes de personas en quienes los signos neurológicos residuales persistieron durante semanas después de que se resolvieron los síntomas hipermetabólicos agudos. En la mayoría de los casos de síndrome neuroléptico maligno se puede obtener una resolución total de los síntomas; sin embargo, se han informado tasas de mortalidad del 10% al 20% cuando no se reconoce el trastorno. Aunque muchas

Machine Translated by Google

algunos experimentan una recurrencia del síndrome neuroléptico maligno cuando se les vuelve a administrar medicación antipsicótica, especialmente cuando se reinstituyen los medicamentos antipsicóticos poco después de un episodio.

El síndrome neuroléptico maligno es un riesgo potencial en cualquier individuo después de la administración de un medicamento antipsicótico u otro agente bloqueador del receptor de dopamina. No es específico de ningún diagnóstico neuropsiquiátrico y puede ocurrir en personas sin un trastorno mental diagnosticable que reciben antagonistas de la dopamina. Los factores clínicos, sistémicos y metabólicos asociados con un mayor riesgo de síndrome neuroléptico maligno incluyen agitación, agotamiento, deshidratación y deficiencia de hierro. Se ha descrito un episodio previo asociado con medicación antipsicótica y otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina en 15 a 20% de los casos índice, lo que sugiere una vulnerabilidad subyacente en algunos individuos; sin embargo, los hallazgos genéticos basados en polimorfismos de los receptores de neurotransmisores no se han replicado de manera consistente.

Casi todos los medicamentos antipsicóticos y otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina se han asociado con el síndrome neuroléptico maligno, aunque los antipsicóticos de alta potencia plantean un mayor riesgo en comparación con los agentes de baja potencia y los antipsicóticos atípicos. Las formas parciales o más leves pueden asociarse con antipsicóticos más nuevos, pero el síndrome neuroléptico maligno varía en gravedad incluso con fármacos más antiguos. También se han implicado los agentes bloqueadores de los receptores de dopamina utilizados en entornos médicos (p. ej., metoclopramida, proclorperazina). Las vías de administración parenteral, las tasas de titulación rápida y las dosis totales más altas del fármaco se han asociado con un mayor riesgo; sin embargo, el síndrome neuroléptico maligno generalmente ocurre dentro del rango de dosis terapéutica de medicamentos antipsicóticos y otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina.

Diagnóstico diferencial El síndrome

neuroléptico maligno debe distinguirse de otras afecciones neurológicas o médicas graves, incluidas infecciones del sistema nervioso central, afecciones inflamatorias o autoinmunes, estado epiléptico, lesiones estructurales subcorticales y afecciones sistémicas (p. ej., feocromocitoma, tirotoxicosis, tétanos, insolación).

El síndrome neuroléptico maligno también debe distinguirse de síndromes similares resultantes del uso de otras sustancias o medicamentos, como el síndrome serotoninérgico; síndrome de hipertermia parkinsoniana tras la interrupción abrupta de agonistas de dopamina; abstinencia de alcohol o sedantes; hipertermia maligna que ocurre durante la anestesia; hipertermia asociada con el uso indebido de estimulantes y alucinógenos; y envenenamiento por atropina por anticolinérgicos.

En casos raros, los individuos con esquizofrenia o un trastorno del estado de ánimo pueden presentar catatonia maligna, que puede ser indistinguible del síndrome neuroléptico maligno.
Algunos investigadores consideran que el síndrome neuroléptico maligno es una forma de catatonia maligna inducida por fármacos.

Distonía aguda inducida por medicamentos

G24.02 Distonía aguda inducida por medicamentos

La característica esencial de la distonía aguda inducida por medicamentos es una alteración muscular sostenida.

Machine Translated by Google

contracciones (aumento del tono muscular) y posturas que se desarrollan en asociación con el uso de un medicamento que se sabe que causa distonía aguda. Cualquier medicamento que bloquee los receptores tipo D2 de dopamina puede inducir una reacción distónica aguda (RAM). Más comúnmente, las reacciones adversas ocurren después de la exposición a antipsicóticos, antieméticos y agentes promotores de la motilidad. También se ha informado que una variedad de otras clases de medicamentos han inducido RAM, incluidos los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los inhibidores de la colinesterasa, los opioides y el metilfenidato.

Las reacciones distónicas varían mucho en gravedad y ubicación y pueden ser focales, segmentadas o generalizadas. Afectan con mayor frecuencia a los músculos de la cabeza y el cuello, pero pueden extenderse a las extremidades superiores e inferiores o al tronco. Una presentación común es la distonía oromandibular (mandíbula) aguda que afecta la lengua y la boca con protrusión de la lengua, o posturas abiertas o con muecas que pueden afectar el habla (disartria) y la deglución (disfagia) y pueden evolucionar hacia un trismo franco (trismo).
La afectación de los músculos oculares (crisis oculógira) se manifiesta como desviaciones conjugadas involuntarias, forzadas y sostenidas de los ojos hacia arriba, hacia abajo o hacia los lados que pueden durar de minutos a horas. También puede ocurrir blefaroespasmo. La distonía cervical (cuello) se presenta como posiciones anormales hacia adelante, hacia atrás, lateral o de torsión de la cabeza y el cuello en relación con el cuerpo (p. ej., antecollis, retrocollis, laterocolis y tortícolis). También pueden ocurrir distonía focal de las extremidades, generalmente más distal que proximal, síndrome de Pisa (flexión lateral del tronco con tendencia a inclinarse hacia un lado) y arqueamiento de la espalda que puede evolucionar a opistótonos (arqueo de la cabeza, el cuello y la columna hacia atrás) . La distonía laríngea aguda pone en peligro la vida, causa obstrucción de las vías respiratorias y se manifiesta como “apretamiento de la garganta”, estridor, disfonía, disfagia, disnea y dificultad respiratoria debido a los efectos de los medicamentos en las cuerdas vocales y los músculos laríngeos.

Al menos el 50% de los individuos desarrollan signos o síntomas de RAM dentro de las 24 a 48 horas posteriores al inicio o al aumento rápido de la dosis de un medicamento antipsicótico u otro agente bloqueador del receptor de dopamina o de la reducción de un medicamento que se usa para tratar o prevenir los síntomas extrapiramidales agudos (p. ej., anticolinérgicos). agentes). Aproximadamente el 90% de las personas afectadas presentan reacciones adversas en un plazo de cinco días. Los síntomas no deben explicarse mejor por un trastorno mental (p. ej., catatonia) y no deben deberse a una afección neurológica primaria u otra afección médica, ni a un trastorno del movimiento tardío inducido por medicamentos.

El miedo y la ansiedad suelen acompañar a las RAM debido a su naturaleza intensa, la incapacidad del individuo para controlar o detener los movimientos y, cuando están presentes, dificultad para respirar, hablar o tragar. Algunas personas experimentan dolor o calambres en los músculos afectados. Las personas que desconocen la posibilidad de desarrollar una distonía inducida por la medicación pueden sentirse especialmente angustiadas, lo que aumenta la probabilidad de incumplimiento posterior de la medicación. Los trastornos del pensamiento, los delirios o los gestos en un individuo con psicosis pueden hacer que el individuo afectado u otros consideren erróneamente sus síntomas distónicos como una característica de la afección psiquiátrica, lo que podría conducir a mayores dosis del medicamento causante. El riesgo de desarrollar RAM es mayor en niños y en adultos menores de 40 años con psicosis, con una mayor incidencia en hombres que en mujeres, tanto en niños como en adultos. Otros factores de riesgo para desarrollar RAM incluyen reacciones distónicas previas a medicamentos antipsicóticos u otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina y el uso de medicamentos antipsicóticos típicos de alta potencia.

Diagnóstico diferencial

Es importante distinguir entre las reacciones adversas inducidas por medicamentos y otras causas de distonía, especialmente en personas tratadas con antipsicóticos u otros bloqueadores de los receptores de dopamina.

Machine Translated by Google

medicamentos. Es evidente una afección neurológica primaria u otra condición médica.

basado en el curso temporal y la evolución de los fenómenos distónicos (p. ej., la distonía precede a la exposición a la medicación antipsicótica o progresa en ausencia de cambios en la medicación) y, posiblemente, otra evidencia de signos neurológicos focales. Las distonías idiopáticas focales o segmentarias suelen persistir durante varios días o semanas independientemente de la medicación. También puede haber antecedentes familiares de distonía. La distonía tardía secundaria a la exposición a medicamentos, incluidos los antipsicóticos u otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina, no tiene un inicio agudo y puede volverse evidente cuando se reduce la dosis de un medicamento antipsicótico. Otras afecciones neurológicas (p. ej., ataques epilépticos, infecciones virales y bacterianas, traumatismos, lesiones que ocupan espacio en el sistema nervioso central o periférico) y endocrinopatías (p. ej., hipoparatiroidismo) también pueden producir síntomas (p. ej., tetania) que se asemejan a los inducidos por medicamentos. distonía aguda. Otros diagnósticos que imitan una distonía aguda inducida por medicamentos incluyen anafilaxia, distonía laríngea tardía y discinesia respiratoria. El síndrome neuroléptico maligno puede producir distonía pero se diferencia en que también se acompaña de fiebre y rigidez generalizada.

La catatonia asociada con un trastorno del estado de ánimo o esquizofrenia se puede distinguir por la relación temporal entre los síntomas y la exposición al tratamiento antipsicótico (p. ej., distonía que precede a la exposición a la medicación antipsicótica) y la respuesta a la intervención farmacológica (p. ej., no hay mejoría después de reducir la dosis del medicamento). medicación antipsicótica o en respuesta a la administración de anticolinérgicos). Además, las personas con distonía aguda inducida por medicamentos generalmente se sienten angustiadas por la reacción distónica y suelen buscar intervención.
Por el contrario, los individuos con el tipo de catatonia retardada suelen ser mudos y retraídos y no expresan angustia subjetiva por su condición.

Acatisia aguda inducida por medicamentos

G25.71 Acatisia aguda inducida por medicamentos

Las características esenciales de la acatisia aguda inducida por medicamentos son quejas subjetivas de inquietud y al menos uno de los siguientes movimientos observados: movimientos inquietos o balanceo de las piernas mientras está sentado, balancearse de un pie a otro o "caminar sobre el terreno" estando de pie, caminar de un lado a otro. para aliviar la inquietud o la incapacidad para sentarse o permanecer quieto durante al menos varios minutos. Es posible que las personas que experimentan la forma más grave de acatisia aguda inducida por medicamentos no puedan mantener ninguna posición durante más de unos pocos segundos. Las quejas subjetivas incluyen una sensación de inquietud interior, con mayor frecuencia en las piernas; una compulsión de mover las piernas; angustia si a uno le piden que no mueva las piernas; y disforia y ansiedad. Los síntomas generalmente ocurren dentro de las 4 semanas posteriores al inicio o aumento de la dosis de un medicamento que puede causar acatisia, que incluye medicamentos antipsicóticos y otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina, antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, agonistas de la dopamina y bloqueadores de los canales de calcio, y pueden ocasionalmente siga la reducción de la medicación utilizada para tratar o prevenir los síntomas extrapiramidales agudos (p. ej., agentes anticolinérgicos). Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental (p. ej., esquizofrenia, abstinencia de sustancias, agitación por un

Machine Translated by Google

episodio maníaco o depresivo mayor, hiperactividad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad) y no se deben a una afección neurológica o médica de otro tipo (p. ej., enfermedad de Parkinson, anemia por deficiencia de hierro).

La angustia subjetiva resultante de la acatisia es significativa y puede llevar al incumplimiento del tratamiento antipsicótico o antidepresivo. La acatisia puede estar asociada con disforia, irritabilidad, agresión o intentos de suicidio. El empeoramiento de los síntomas psicóticos o el descontrol del comportamiento puede provocar un aumento de la dosis del medicamento, lo que puede exacerbar el problema.
La acatisia puede desarrollarse muy rápidamente después de iniciar o aumentar la medicación causante. El desarrollo de acatisia parece depender de la dosis y asociarse más frecuentemente con determinados medicamentos antipsicóticos de alta potencia o fármacos con mayor afinidad por los receptores centrales de dopamina. La acatisia aguda tiende a persistir durante

siempre y cuando se continúe con la medicación causante, aunque la intensidad puede fluctuar con el tiempo.
La prevalencia informada de acatisia entre personas que reciben medicación antipsicótica u otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina ha variado ampliamente (20% a 75%). Las variaciones en la prevalencia informada pueden atribuirse a una falta de coherencia en la definición, las prácticas de prescripción de antipsicóticos, el diseño del estudio y la demografía de la población estudiada.

Diagnóstico diferencial

La acatisia aguda inducida por medicamentos puede ser clínicamente indistinguible de los síndromes de inquietud debidos a ciertas afecciones neurológicas u otras afecciones médicas, y a la agitación que se presenta como parte de un trastorno mental (p. ej., un episodio maníaco). La acatisia de la enfermedad de Parkinson y la anemia por deficiencia de hierro es fenomenológicamente similar a la acatisia aguda inducida por medicamento
La aparición frecuentemente abrupta de inquietud poco después del inicio o aumento de la medicación suele distinguir la acatisia aguda inducida por medicación.

Los medicamentos antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina específicos pueden producir acatisia que parece ser idéntica en fenomenología y respuesta al tratamiento a la acatisia inducida por medicamentos antipsicóticos u otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina. La discinesia tardía también suele tener un componente de inquietud generalizada que puede coexistir con acatisia en un individuo que recibe medicamentos antipsicóticos u otros agentes bloqueadores de la dopamina. La acatisia aguda inducida por medicamentos antipsicóticos y otros agentes bloqueadores de la dopamina se diferencia de la discinesia tardía inducida por medicamentos antipsicóticos y otros agentes bloqueadores de la dopamina por la naturaleza de los movimientos y su relación con el inicio de la medicación. La evolución temporal de la presentación sintomática en relación con los cambios en la dosis del medicamento puede ayudar en esta distinción. Un aumento de la medicación antipsicótica a menudo exacerba la acatisia, mientras que a menudo alivia temporalmente los síntomas de la discinesia tardía.

La acatisia aguda inducida por medicamentos debe distinguirse de los síntomas que se explican mejor por un trastorno mental. Individuos con episodios depresivos, episodios maníacos, trastorno de ansiedad generalizada, espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno por déficit de atención/ hiperactividad, trastorno neurocognitivo mayor, delirio, intoxicación por sustancias (p. ej., cocaína) o abstinencia de sustancias (p. ej., de un opioide).) también puede presentar agitación que es difícil de distinguir de la acatisia. Algunos de estos individuos son capaces de diferenciar

Machine Translated by Google

acatisia por la ansiedad, inquietud y agitación características de un trastorno mental por su experiencia de la acatisia como diferente de los sentimientos experimentados previamente. Otra evidencia de que la inquietud o la agitación pueden explicarse mejor por un trastorno mental incluye el inicio de la agitación antes de la exposición al medicamento causante, la ausencia de una inquietud creciente con dosis crecientes del medicamento causante y la ausencia de alivio con intervenciones farmacológicas (p. ej., ninguna mejora después de disminuir la dosis del medicamento causante o del tratamiento con otro medicamento destinado a tratar la acatisia).

Discinesia tardía

G24.01 Discinesia tardía

Las características esenciales de la discinesia tardía son movimientos anormales e involuntarios de la lengua, la mandíbula, el tronco o las extremidades que se desarrollan en asociación con el uso de medicamentos que bloquean los receptores de dopamina postsinápticos, como los medicamentos antipsicóticos de primera y segunda generación y otros medicamentos como como metoclopramida para trastornos gastrointestinales. Los movimientos están presentes durante un período de al menos cuatro semanas y pueden ser de naturaleza coreiforme (rápidos, espasmódicos, no repetitivos), atetoide (lento, sinuoso, continuo) o semirítmico (p. ej., estereotipias); sin embargo, los movimientos son claramente diferentes de los rítmicos.

(3-6 Hz) temblores que se observan comúnmente en el parkinsonismo inducido por medicamentos. Los signos o síntomas de discinesia tardía se desarrollan durante la exposición al medicamento antipsicótico u otro agente bloqueador de la dopamina, o dentro de las 4 semanas posteriores a la retirada de un agente oral (o dentro de las 8 semanas posteriores a la retirada de un agente inyectable de acción prolongada). Debe haber un historial de uso del agente infractor durante al menos 3 meses (o 1 mes en personas de 60 años o más). Aunque un gran número de estudios epidemiológicos han establecido la relación etiológica entre el uso de fármacos bloqueadores de la dopamina y la discinesia tardía, cualquier discinesia en un individuo que está recibiendo medicación antipsicótica no es necesariamente discinesia tardía.

Los movimientos orofaciales anormales son las manifestaciones más obvias de discinesia tardía y se han observado en la mayoría de las personas que padecen discinesia tardía; sin embargo, aproximadamente la mitad puede tener afectación de las extremidades y hasta una cuarta parte puede tener discinesia axial del cuello, los hombros o el tronco. Puede ocurrir afectación de otros grupos de músculos (p. ej., faríngeo, diafragma, abdominal), pero es poco común, especialmente en ausencia de discinesia de la región orofacial, las extremidades o el tronco. La discinesia de las extremidades o del tronco sin afectación orofacial puede ser más común en personas más jóvenes, mientras que las discinesias orofaciales son típicas en personas mayores.

Los síntomas de la discinesia tardía tienden a empeorar con los estimulantes, la abstinencia de medicamentos antipsicóticos y los medicamentos anticolinérgicos (como la benzotropina, comúnmente utilizada para controlar el parkinsonismo inducido por medicamentos) y pueden empeorar transitoriamente con la excitación emocional, el estrés y la distracción durante los movimientos voluntarios en partes del cuerpo no afectadas. Los movimientos anormales de la discinesia se reducen transitoriamente mediante la relajación y los movimientos voluntarios en las partes afectadas del cuerpo. Generalmente están ausentes durante el sueño. La discinesia puede suprimirse, al menos temporalmente, mediante dosis mayores de medicación antipsicótica.

Machine Translated by Google

La prevalencia general de discinesia tardía en personas que han recibido tratamiento con medicamentos antipsicóticos a largo plazo oscila entre el 20% y el 30%. La incidencia general entre personas más jóvenes oscila entre el 3% y el 5% por año. Las personas de mediana edad y de edad avanzada parecen desarrollar discinesia tardía con mayor frecuencia, con cifras de prevalencia reportadas de hasta 50% y una incidencia de 25% a 30% después de un promedio de 1 año de exposición acumulada a medicamentos antipsicóticos. La prevalencia también varía según el entorno, y la discinesia tardía tiende a ser más común entre personas crónicamente institucionalizadas. Las variaciones en la prevalencia informada pueden atribuirse a una falta de coherencia en la definición de discinesia tardía, las prácticas de prescripción de antipsicóticos, el diseño del estudio y la demografía de la población estudiada.

No existe una diferencia obvia de género en la susceptibilidad a la discinesia tardía, aunque el riesgo puede ser algo mayor en las mujeres posmenopáusicas. Mayores cantidades acumuladas de medicamentos antipsicóticos y el desarrollo temprano de efectos secundarios extrapiramidales agudos (como el parkinsonismo inducido por medicamentos) son dos de los factores de riesgo más consistentes para la discinesia tardía. También se ha descubierto que los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno depresivo mayor), las afecciones neurológicas y el trastorno por consumo de alcohol son factores de riesgo en algunos grupos de personas.
Los antipsicóticos de segunda generación se asocian con una incidencia algo menor de discinesia tardía en comparación con los antipsicóticos de primera generación, pero la diferencia no es tan grande como se pensaba, especialmente cuando se tiene en cuenta la dosis del antipsicótico de primera generación; los factores de riesgo más importantes son la edad y la exposición acumulativa.

El inicio de la discinesia tardía puede ocurrir a cualquier edad y casi siempre es insidioso. Los signos suelen ser mínimos o leves al inicio y pasan desapercibidos excepto para un observador atento. En muchos casos, la discinesia tardía es objetivamente leve pero, aunque se la ha considerado un problema cosmético, puede asociarse con angustia significativa y evitación social. En casos graves, puede estar asociado con complicaciones médicas (p. ej., úlceras en las mejillas y la lengua; pérdida de dientes; macroglosia; dificultad para caminar, tragar o respirar; habla apagada; pérdida de peso; depresión; ideación suicida). En las personas mayores hay una mayor

probabilidad de que la discinesia tardía se vuelva más grave o más generalizada con el uso continuo de medicamentos antipsicóticos. Cuando se suspenden los medicamentos antipsicóticos, algunas personas experimentan una mejoría de los síntomas con el tiempo; sin embargo, para otros, la discinesia tardía puede ser duradera.

Diagnóstico diferencial Es imperativo

distinguir el parkinsonismo inducido por medicamentos de la discinesia tardía porque los tratamientos comúnmente utilizados para controlar el parkinsonismo inducido por medicamentos (es decir, medicamentos anticolinérgicos) pueden empeorar los movimientos motores anormales asociados con la discinesia tardía.
Además, los tratamientos utilizados para controlar la discinesia tardía (es decir, inhibidores de VMAT2) pueden empeorar los síntomas del parkinsonismo inducido por medicamentos.

La discinesia que surge durante la abstinencia de un medicamento antipsicótico u otro agente bloqueador de los receptores de dopamina puede remitir con la abstinencia continua del medicamento. Si la discinesia persiste durante al menos 4 semanas, puede justificarse un diagnóstico de discinesia tardía.
La discinesia tardía debe distinguirse de otras causas de discinesia orofacial y corporal.

Machine Translated by Google

Estas afecciones incluyen la enfermedad de Huntington, la enfermedad de Wilson, la corea (reumática) de Sydenham, el lupus eritematoso sistémico, la tirotoxicosis, la intoxicación por metales pesados, las dentaduras postizas mal ajustadas, la discinesia debida a otros medicamentos como la L-dopa o la bromocriptina y las discinesias espontáneas. Los factores que pueden ser útiles para hacer la distinción son la evidencia de que los síntomas precedieron a la exposición al medicamento antipsicótico u otro agente bloqueador del receptor de dopamina o que otros signos neurológicos focales estén presentes. Cabe señalar que otros trastornos del movimiento pueden coexistir con la discinesia tardía. Debido a que la discinesia espontánea puede ocurrir en más del 5% de los individuos y también es más común en personas de edad avanzada, puede ser difícil probar que los medicamentos antipsicóticos produjeron discinesia tardía en un individuo determinado. La discinesia tardía debe distinguirse de los síntomas que se deben a un trastorno agudo del movimiento inducido por medicamentos (p. ej., parkinsonismo inducido por medicamentos, distonía aguda, acatisia aguda). La distonía aguda y la acatisia aguda pueden desarrollarse rápidamente en cuestión de horas o días, y el parkinsonismo inducido por medicamentos se desarrolla a las pocas semanas de iniciar o aumentar la dosis de un medicamento antipsicótico u otro agente bloqueador de los receptores de dopamina (o de reducir la dosis de un medicamento utilizado para tratar la enfermedad aguda). síntomas extrapiramidales). La discinesia tardía, por otra parte, generalmente se desarrolla después de una exposición más prolongada a la medicación antipsicótica (meses a años) y puede aparecer después de la retirada de la medicación antipsicótica; el historial de exposición mínimo requerido para el diagnóstico de discinesia tardía es el uso de medicamentos antipsicóticos durante al menos 3 meses (o 1 mes en personas de mediana edad y ancianos).

Distonía tardía Acatisia tardía

G24.09 Distonía tardía

G25.71 Acatisia tardía

Esta categoría es para síndromes tardíos que involucran otros tipos de problemas de movimiento, como distonía o acatisia, que se distinguen por su aparición tardía en el curso del tratamiento y su posible persistencia durante meses o años, incluso ante la interrupción de un medicamento antipsicótico. u otro agente bloqueador del receptor de dopamina o reducción de la dosis.

Temblor postural inducido por medicamentos

G25.1 Temblor postural inducido por medicamentos

La característica esencial de esta afección es un temblor fino que se produce durante los intentos de mantener una postura y que se desarrolla en asociación con el uso de medicamentos. Los medicamentos con los que se puede asociar dicho temblor incluyen litio, medicamentos β-adrenérgicos (p. ej., isoproterenol), estimulantes (p. ej., anfetamina), medicamentos dopaminérgicos, medicamentos anticonvulsivos (p. ej., ácido valproico), medicamentos antidepresivos y metilxantinas (p. ej., cafeína). , teofilina).
El temblor es una oscilación rítmica y regular de las extremidades (más comúnmente manos y dedos), cabeza, boca o lengua, más comúnmente con una frecuencia de entre 8 y 12 ciclos por segundo. Se observa más fácilmente cuando la parte del cuerpo afectada se mantiene en una postura sostenida (p. ej., manos extendidas, boca abierta). El temblor puede empeorar en severidad cuando el afectado

Machine Translated by Google

parte del cuerpo se mueve intencionalmente (temblor cinético o de acción). Cuando un individuo describe un temblor que es consistente con un temblor postural pero el médico no observa directamente el temblor, puede ser útil intentar recrear la situación en la que ocurrió el temblor (p. ej., beber de una taza y un platillo).

La mayor parte de la información disponible se refiere al temblor inducido por litio. El temblor del litio es un efecto secundario común, generalmente benigno y bien tolerado de dosis terapéuticas. Sin embargo, puede causar vergüenza social, dificultades ocupacionales e incumplimiento en algunas personas. A medida que los niveles séricos de litio se acercan a niveles tóxicos, el temblor puede volverse más intenso y acompañarse de espasmos musculares, fasciculaciones o ataxia. El temblor del litio no tóxico puede mejorar espontáneamente con el tiempo. Una variedad de factores pueden aumentar el riesgo de temblor de litio (p. ej., edad avanzada, niveles elevados de litio en suero, medicación antidepresiva o antipsicótica concomitante u otro agente bloqueador del receptor de dopamina, consumo excesivo de cafeína, antecedentes personales o familiares de temblor, presencia de trastorno por consumo de alcohol y ansiedad asociada). La frecuencia de las quejas sobre temblores parece disminuir con la duración del tratamiento con litio. Los factores que pueden exacerbar el temblor incluyen ansiedad, estrés, fatiga, hipoglucemia, tirotoxicosis, feocromocitoma, hipotermia y abstinencia de alcohol. El temblor también puede ser una característica temprana del síndrome serotoninérgico.

Diagnóstico diferencial El temblor

postural inducido por medicamentos debe distinguirse de un temblor preexistente que no es causado por los efectos de un medicamento. Los factores que ayudan a establecer que el temblor era preexistente incluyen su relación temporal con el inicio de la medicación, la falta de correlación con los niveles séricos de la medicación y la persistencia después de suspender la medicación. Si hay un temblor preexistente inducido no farmacológicamente (p. ej., temblor esencial) que empeora con la medicación, dicho temblor no se consideraría temblor postural inducido por la medicación. Los factores descritos anteriormente que pueden contribuir a la gravedad de un temblor postural inducido por medicamentos (p. ej., ansiedad, estrés, fatiga, hipoglucemia, tirotoxicosis, feocromocitoma, hipotermia, abstinencia de alcohol) también pueden ser una causa de temblor independiente de la medicación.

El temblor postural inducido por medicamentos no se diagnostica si el temblor se explica mejor por el parkinsonismo inducido por medicamentos. Un temblor postural inducido por medicamentos suele estar ausente en reposo y se intensifica cuando la parte afectada entra en acción o se mantiene en una posición sostenida. Por el contrario, el temblor relacionado con el parkinsonismo inducido por medicamentos suele tener una frecuencia más baja (3 a 6 Hz), empeora en reposo y se suprime durante el movimiento intencional y generalmente ocurre en asociación con otros síntomas del parkinsonismo inducido por medicamentos (p. ej., acinesia, rigidez).

Otro trastorno del movimiento inducido por medicamentos

G25.79 Trastorno del movimiento inducido por otros medicamentos

Esta categoría es para trastornos del movimiento inducidos por medicamentos que no están incluidos en ninguno de los trastornos específicos enumerados anteriormente. Los ejemplos incluyen 1) presentaciones que se asemejan al síndrome neuroléptico maligno que están asociadas con medicamentos distintos de los antipsicóticos y otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina y 2) otras afecciones tardías inducidas por medicamentos.

Machine Translated by Google

Síndrome de discontinuación de antidepresivos

T43.205 Encuentro inicial

T43.205D Contacto posterior

T43.205S Secuelas

Los síntomas de interrupción pueden ocurrir después del tratamiento con todo tipo de antidepresivos. La incidencia de este síndrome depende de la dosis y la vida media del medicamento que se toma, así como de la velocidad a la que se reduce gradualmente. Los medicamentos de vida media corta que se suspenden abruptamente (o cuando la dosis se reduce significativamente) en lugar de disminuir gradualmente pueden representar el mayor riesgo. Los antidepresivos de acción corta paroxetina y venlafaxina son los agentes más comúnmente asociados con síntomas de interrupción. El síndrome de interrupción del tratamiento con antidepresivos puede ocurrir en el contexto de una falta intermitente de cumplimiento del tratamiento y, por lo tanto, puede estar presente de manera irregular en algunas personas que en realidad no han dejado de tomar el medicamento.
Esto es especialmente cierto para los medicamentos de vida media muy corta (p. ej., venlafaxina). Por el contrario, los medicamentos de vida media prolongada como la fluoxetina rara vez producen efectos de discontinuación significativos.

A diferencia de los síndromes de abstinencia asociados con opioides, alcohol y otras sustancias, el síndrome de interrupción de antidepresivos no presenta síntomas patognomónicos. En cambio, los síntomas tienden a ser vagos y variables. Los síntomas suelen comenzar entre 2 y 4 días después de la última dosis del antidepresivo. Para los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, se describen síntomas como mareos, tinnitus, sensaciones similares a “descargas eléctricas”, insomnio y ansiedad aguda. El uso de antidepresivos antes de la interrupción no debe haber provocado hipomanía o estado mixto (es decir, debe haber confianza en que el síndrome de interrupción no es el resultado de fluctuaciones en la estabilidad del estado de ánimo asociadas con el tratamiento previo). En el caso de los antidepresivos tricíclicos, la interrupción repentina se ha asociado con síntomas gastrointestinales (calambres, que reflejan hiperactividad colinérgica después de suspender un antidepresivo tricíclico anticolinérgico), así como con hipomanía de rebote.

El síndrome de interrupción del tratamiento con antidepresivos se basa únicamente en factores farmacológicos y no está relacionado con los efectos reforzadores de un antidepresivo. A diferencia de la interrupción del consumo de sustancias con efectos reforzadores como los opioides, el ansia de consumir drogas no se produce. Además, cuando se usa un estimulante para aumentar un antidepresivo, la interrupción abrupta puede provocar síntomas de abstinencia del estimulante (consulte “Abstinencia de estimulantes” en el capítulo “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias”) en lugar del síndrome de interrupción del antidepresivo que se describe aquí.

Se desconoce la prevalencia del síndrome de discontinuación de antidepresivos, pero se cree que varía según cualquiera de los siguientes factores: la dosis antes de la discontinuación, la vida media (es decir, que ocurre más comúnmente con medicamentos de vida media corta) y la afinidad de unión al receptor del fármaco. medicación (p. ej., es más probable que ocurra con inhibidores de la recaptación de serotonina) y posiblemente la tasa de metabolismo influenciada genéticamente del individuo para esto

medicamento. Por lo tanto, las reacciones de interrupción ocurren con mayor frecuencia con medicamentos de vida media corta, pero también pueden verse influenciadas por el estado del metabolizador rápido o ultrarrápido de las enzimas citocromo que metabolizan el antidepresivo.

Machine Translated by Google

Debido a que faltan estudios longitudinales, se sabe poco sobre el curso clínico del síndrome de interrupción de antidepresivos. Los síntomas parecen disminuir con el tiempo con reducciones de dosis muy graduales. Los síntomas suelen ser de corta duración, no duran más de 2 semanas y rara vez aparecen más de 3 semanas después de la interrupción.

Diagnóstico diferencial El diagnóstico

diferencial del síndrome de discontinuación de antidepresivos incluye una recaída del trastorno para el cual se recetó el medicamento (p. ej., depresión o trastorno de pánico), trastorno de síntomas somáticos, trastorno bipolar I o bipolar II con características mixtas, trastornos por uso de sustancias, migraña, o accidente cerebrovascular. Los síntomas de interrupción a menudo se parecen a los síntomas de un trastorno de ansiedad persistente o al regreso de los síntomas somáticos de depresión para los cuales se administró inicialmente el medicamento. Es importante no confundir el síndrome de discontinuación con una recaída del trastorno depresivo o de ansiedad original para el cual se prescribió el medicamento. El síndrome de interrupción de antidepresivos se diferencia de la abstinencia de sustancias en que los antidepresivos en sí no tienen efectos reforzantes o eufóricos. Por lo general, los individuos no aumentan la dosis de los medicamentos por sí solos y, por lo general, no adoptan un comportamiento de búsqueda de drogas para obtener medicación adicional. No se cumplen los criterios para un trastorno por uso de sustancias.

Otros efectos adversos de la medicación

T50.905A Encuentro inicial

T50.905D Encuentro posterior

T50.905S Secuelas

Esta categoría está disponible para uso opcional por parte de los médicos para codificar los efectos secundarios de la medicación (distintos de los síntomas de movimiento) cuando estos efectos adversos se convierten en un foco principal de atención clínica. Los ejemplos incluyen hipotensión grave, arritmias cardíacas y priapismo.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Otras condiciones que pueden ser un foco de atención Atención clínica

Este capítulo incluye condiciones y problemas psicosociales o ambientales que pueden ser un foco de atención clínica o afectar de otra manera el diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental de un individuo. Estas condiciones se presentan con sus códigos correspondientes de la CIE-10-CM (normalmente códigos Z). Una condición o problema en este capítulo puede codificarse 1) si es el motivo de la visita actual; 2) si ayuda a explicar la necesidad de una prueba, procedimiento o tratamiento; 3) si desempeña un papel en el inicio o la exacerbación de un trastorno mental; o 4) si constituye un problema que debe ser considerado en el plan de manejo general.

Las condiciones y problemas enumerados en este capítulo no son trastornos mentales. Su inclusión en el DSM-5-TR tiene como objetivo llamar la atención sobre el alcance de cuestiones adicionales que pueden surgir en la práctica clínica habitual y proporcionar una lista sistemática que puede ser útil para los médicos a la hora de documentar estas cuestiones.

Para una referencia rápida a todos los códigos en esta sección, consulte la Clasificación DSM-5-TR. Las condiciones y problemas que pueden ser un foco de atención clínica se enumeran en el texto siguiente de la siguiente manera: 1.

Comportamiento suicida (comportamiento potencialmente autolesivo con al menos cierta intención de morir) y autolesiones no suicidas (daño autoinfligido intencionalmente a el cuerpo en ausencia de intención suicida).

2. Abuso y negligencia (p. ej., problemas de negligencia y maltrato de niños y adultos, incluidos abuso físico, abuso sexual, negligencia y abuso psicológico).
3. Problemas relacionales (p. ej., problema relacional entre padres e hijos, problema relacional entre hermanos, problemas en la relación con el cónyuge o pareja íntima, interrupción por separación o divorcio).
4. Problemas educativos (por ejemplo, analfabetismo o bajo nivel de alfabetización, escolarización no disponible o inalcanzable, exámenes escolares reprobados, bajo rendimiento escolar).
5. Problemas laborales (p. ej., desempleo, cambio de trabajo, amenaza de pérdida del empleo, estrés horario de trabajo, discordia con jefe y compañeros de trabajo).
6. Problemas de vivienda (p. ej., falta de vivienda; vivienda inadecuada; discordia con el vecino, inquilino, o propietario).
7. Problemas económicos (por ejemplo, falta de alimentos adecuados o de agua potable, pobreza extrema, de bajos ingresos).
8. Problemas relacionados con el entorno social (p. ej., problema relacionado con vivir solo, dificultad de aculturación, exclusión social o rechazo).
9. Problemas relacionados con la interacción con el sistema legal (por ejemplo, condena en procesos penales, encarcelamiento u otro tipo de encarcelamiento, problemas relacionados con la liberación de prisión, problemas relacionados con otras circunstancias legales).
10. Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales, personales y ambientales (por ejemplo, problemas relacionados con embarazos no deseados, víctima de un delito, víctima de terrorismo).

Machine Translated by Google

11. Problemas relacionados con el acceso a la atención médica y de otro tipo (por ejemplo, falta de disponibilidad o inaccesibilidad de instalaciones de atención médica).
12. Circunstancias de la historia personal (p. ej., historia personal de trauma psicológico, militar despliegue).

13. Otros encuentros con servicios de salud para asesoramiento y asesoramiento médico (p. ej., asesoramiento sexual, otro tipo de asesoramiento o consulta).
14. Condiciones o problemas adicionales que pueden ser un foco de atención clínica (p. ej., deambulación asociada con un trastorno mental, duelo sin complicaciones, problema de fase de la vida).

Comportamiento suicida y autolesiones no suicidas

Nota de codificación para la conducta suicida de la CIE-10-

CM Sólo para códigos T, el sexto carácter debe codificarse de la siguiente

manera: A (encuentro inicial): se usa mientras el individuo recibe tratamiento activo para la afección (p. ej., encuentro en el departamento de emergencias, evaluación y tratamiento por un nuevo médico); o D (encuentro posterior): se

usa para encuentros después de que el individuo haya recibido tratamiento activo para la afección y cuando esté recibiendo atención de rutina para la afección durante la fase de curación o recuperación (p. ej., ajuste de medicación, otros cuidados posteriores y seguimiento). visitas).

Comportamiento suicida

Esta categoría puede usarse para personas que han participado en comportamientos potencialmente autodestructivos con al menos alguna intención de morir como resultado del acto. La evidencia de la intención de poner fin a la vida puede ser explícita o inferida del comportamiento o las circunstancias. Un intento de suicidio puede resultar o no en una autolesión real. Si el individuo es disuadido por otra persona o cambia de opinión antes de iniciar el comportamiento, esta categoría no se aplica.

Comportamiento suicida actual

T14.91A Contacto inicial: Si la conducta suicida es parte del encuentro inicial con la presentación clínica

T14.91D Encuentro posterior: si la conducta suicida es parte de encuentros posteriores con el presentación clínica

Z91.51 Historia de conducta suicida Si ha ocurrido

conducta suicida durante la vida del individuo

Autolesión no suicida

Esta categoría puede usarse para personas que han participado en daños autoinfligidos intencionalmente.

Machine Translated by Google

en su cuerpo de un tipo que pueda provocar sangrado, hematomas o dolor (p. ej., cortes, quemaduras, puñaladas, golpes, frotamiento excesivo) en ausencia de intención suicida.

R45.88 Autolesiones no suicidas actuales Si la

conducta autolesiva no suicida es parte de la presentación clínica Z91.52 Historial de

autolesiones no suicidas Si ha ocurrido una conducta

autolesiva no suicida durante la vida del individuo

Abuso y negligencia El maltrato por

parte de un miembro de la familia (p. ej., un cuidador, una pareja adulta íntima) o de una persona que no es pariente puede ser el área de enfoque clínico actual, o dicho maltrato puede ser un factor importante en la evaluación y el tratamiento de personas con trastornos mentales u otros. condiciones médicas.

Debido a las implicaciones legales del abuso y la negligencia, se debe tener cuidado al evaluar estas condiciones y asignar estos códigos. Tener antecedentes de abuso o

la negligencia puede influir en el diagnóstico y la respuesta al tratamiento en una serie de trastornos mentales y también puede observarse junto con el diagnóstico.

Para las siguientes categorías, además de los listados del evento confirmado o sospechado de abuso o negligencia, se proporcionan otros códigos para su uso si el encuentro clínico actual es para brindar servicios de salud mental a la víctima o al perpetrador del abuso o negligencia. También se proporciona un código separado para designar un historial pasado de abuso o negligencia.

Nota de codificación para condiciones de abuso y negligencia de la CIE-10-

CM Sólo para códigos T, el séptimo carácter debe codificarse de la siguiente

manera: A (encuentro inicial): se usa mientras el individuo recibe tratamiento activo para la afección (p. ej., tratamiento quirúrgico, emergencia). encuentro con el departamento, evaluación y tratamiento por parte de un nuevo médico); o D (encuentro

posterior): se usa para encuentros después de que el individuo haya recibido tratamiento activo para la afección y cuando esté recibiendo atención de rutina para la afección durante la fase de curación o recuperación (p. ej., cambio o extracción de yeso, extracción de yeso externo o dispositivo de fijación interna, ajuste de medicación, otros cuidados posteriores y visitas de seguimiento).

Problemas de maltrato y abandono infantil

Abuso físico infantil Esta

categoría se puede utilizar cuando el abuso físico de un niño es un foco de atención clínica. El abuso físico infantil es una lesión física no accidental a un niño, que va desde hematomas menores hasta fracturas graves o la muerte, que se produce como resultado de puñetazos, golpes, patadas, mordiscos, sacudidas, lanzamientos, apuñalamientos, asfixia, golpes (con la mano, un palo, correa u otro objeto), quema o cualquier otro método infligido por un padre, cuidador u otra persona que tenga responsabilidad sobre el niño. Tal lesión se considera abuso independientemente de si el cuidador tuvo la intención de lastimar al niño. La disciplina física, como azotar o remar, no se considera abuso siempre que sea

Machine Translated by Google

razonable y no causa daño corporal al niño.

Abuso físico infantil, confirmado
T74.12XA Contacto inicial

T74.12X Encuentro posterior

Abuso físico infantil, sospecha de
T76.12XA Contacto inicial

T76.12X Encuentro posterior

Otras circunstancias relacionadas con el abuso físico infantil

Z69.010 Contacto con servicios de salud mental para una víctima de abuso físico infantil por parte de los padres

Z69.020 Contacto con servicios de salud mental para víctima de abuso físico infantil no parental

Z62.810 Historia personal (historia pasada) de abuso físico en la infancia

Z69.011 Contacto con servicios de salud mental para autor de abuso físico infantil por parte de padres

Z69.021 Contacto con servicios de salud mental para el autor de un examen físico infantil no parental
abuso

Abuso sexual infantil Esta
categoría se puede utilizar cuando el abuso sexual de un niño es un foco de atención clínica. El abuso sexual infantil abarca cualquier acto sexual que involucre a un niño y que tenga como objetivo proporcionar gratificación sexual a un padre, cuidador u otra persona que tenga la responsabilidad.

para el niño. El abuso sexual incluye actividades como acariciar los genitales de un niño, penetración, incesto, violación, sodomía y exposición indecente. El abuso sexual también incluye la explotación sin contacto de un niño por parte de un padre o cuidador; por ejemplo, obligar, engañar, seducir, amenazar o presionar a un niño para que participe en actos para la gratificación sexual de otros, sin contacto físico directo entre el niño y el abusador.

Abuso sexual infantil, confirmado
T74.22XA Contacto inicial

T74.22X Encuentro posterior

Abuso sexual infantil, sospecha de
T76.22XA Contacto inicial

T76.22X Encuentro posterior

Otras circunstancias relacionadas con el abuso sexual infantil

Machine Translated by Google

Z69.010 Contacto con servicios de salud mental para víctima de abuso sexual infantil por parte de los padres

Z69.020 Contacto con servicios de salud mental para víctima de abuso sexual infantil no parental

Z62.810 Historia personal (historia pasada) de abuso sexual en la infancia

Z69.011 Contacto con servicios de salud mental para autor de abuso sexual infantil por parte de padres

Z69.021 Contacto con servicios de salud mental para perpetrador de abuso sexual infantil no parental

Negligencia infantil
Esta categoría se puede utilizar cuando la negligencia infantil es un foco de atención clínica. La negligencia infantil se define como cualquier acto u omisión atroz, confirmado o sospechado, por parte de un padre u otro cuidador de un niño que priva al niño de las necesidades básicas apropiadas para su edad y, por lo tanto, resulta, o tiene un potencial razonable de resultar, en daño físico o psicológico al niño. La negligencia infantil abarca el abandono; falta de supervisión adecuada; falta de atención a las necesidades emocionales o psicológicas necesarias; y no proporcionar educación, atención médica, alimentación, refugio y/o ropa necesarios.

Abandono infantil, confirmado
T74.02XA Encuentro inicial

T74.02X Encuentro posterior

Se sospecha negligencia infantil
T76.02XA Encuentro inicial

T76.02X Encuentro posterior

Otras circunstancias relacionadas con la negligencia infantil

Z69.010 Contacto con servicios de salud mental para víctimas de negligencia infantil por parte de los padres

Z69.020 Contacto con servicios de salud mental para víctima de negligencia infantil no parental

Z62.812 Historia personal (historia pasada) de negligencia en la infancia

Z69.011 Contacto con servicios de salud mental para perpetrador de negligencia infantil parental

Z69.021 Contacto con servicios de salud mental para perpetrador de negligencia infantil no parental

Abuso psicológico infantil Esta categoría
se puede utilizar cuando el abuso psicológico de un niño es un foco de atención clínica.
El abuso psicológico infantil son actos verbales o simbólicos no accidentales por parte de un padre o cuidador de un niño que resultan, o tienen un potencial razonable de resultar, en un daño psicológico significativo al niño. (Los actos de abuso físico y sexual no están incluidos en esta categoría). Ejemplos de abuso psicológico de un niño incluyen reprender, menospreciar o humillar al niño; amenazar al niño; dañar/abandonar—o indicar que el presunto delincuente dañará/abandonará—personas o cosas que le importan al niño; confinar al niño (como atarle los brazos o las piernas

Machine Translated by Google

juntar o atar a un niño a un mueble u otro objeto, o confinar a un niño a un área pequeña y cerrada [por ejemplo, un armario]); atroz chivo expiatorio del niño; obligar al niño a infligirse dolor a sí mismo; y disciplinar al niño excesivamente (es decir, con una frecuencia o duración extremadamente alta, incluso si no a un nivel de abuso físico) a través de medios físicos o no físicos.

Abuso Psicológico Infantil, Confirmado T74.32XA
Contacto inicial

T74.32X Encuentro posterior

Abuso Psicológico Infantil, Sospecha T76.32XA
Contacto inicial

T76.32X Encuentro posterior

Otras circunstancias relacionadas con el abuso psicológico infantil Z69.010

Contacto con servicios de salud mental para víctima de abuso psicológico infantil por parte de los padres

Z69.020 Contacto con servicios de salud mental para víctima de tratamiento psicológico infantil no parental abuso

Z62.811 Historia personal (historia pasada) de abuso psicológico en la infancia

Z69.011 Contacto con servicios de salud mental para el agresor de un acto psicológico parental infantil abuso

Z69.021 Contacto con servicios de salud mental para perpetrador de abuso psicológico infantil no parental

Problemas de maltrato y abandono de adultos

Violencia física del cónyuge o pareja Esta categoría
se puede utilizar cuando la violencia física del cónyuge o pareja es un foco de atención clínica. La violencia física del cónyuge o pareja son actos no accidentales de fuerza física que resultan, o tienen un potencial razonable de resultar, en daño físico a una pareja íntima o que evocan un miedo significativo en la pareja. Los actos de fuerza física no accidentales incluyen empujar, abofetear, tirar del cabello, pellizcar, restringir, sacudir, arrojar, morder, patear, golpear con el puño o con un objeto, quemar, envenenar, aplicar fuerza en la garganta, cortar el suministro de aire, sujetar la cabeza bajo el agua y usando un arma. Se excluyen los actos destinados a proteger físicamente a uno mismo o a la pareja.

Violencia de cónyuge o pareja, física, confirmada T74.11XA
Encuentro inicial

T74.11X Encuentro posterior

Machine Translated by Google

Violencia física entre cónyuge o pareja, sospechada
T76.11XA Encuentro inicial

T76.11X Encuentro posterior

Otras circunstancias relacionadas con la violencia física del cónyuge o pareja Z69.11

Contacto para servicios de salud mental para víctima de violencia física del cónyuge o pareja

Z91.410 Historia personal (historia pasada) de violencia física conyugal o de pareja

Z69.12 Contacto con servicios de salud mental para perpetrador de violencia conyugal o de pareja, físico

Violencia sexual entre cónyuges o parejas Esta
categoría se puede utilizar cuando la violencia sexual entre cónyuges o parejas es un foco de atención clínica. La violencia sexual entre cónyuges o parejas implica el uso de fuerza física o coerción psicológica para obligar a la pareja a participar en un acto sexual en contra de su voluntad, independientemente de que el acto se complete o no. También se incluyen en esta categoría los actos sexuales con una pareja íntima que no puede dar su consentimiento.

Violencia de cónyuge o pareja, sexual, confirmada T74.21XA
Encuentro inicial

T74.21X Encuentro posterior

Violencia sexual entre cónyuges o parejas, sospechada
T76.21XA Encuentro inicial

T76.21X Encuentro posterior

Otras circunstancias relacionadas con la violencia sexual conyugal o de pareja Z69.81

Contacto con servicios de salud mental para víctima de violencia sexual conyugal o de pareja

Z91.410 Historia personal (historia pasada) de violencia sexual conyugal o de pareja

Z69.12 Contacto con servicios de salud mental para perpetrador de violencia conyugal o de pareja, sexual

Negligencia del cónyuge o pareja
Esta categoría se puede utilizar cuando la negligencia del cónyuge o pareja es un foco de atención clínica. La negligencia del cónyuge o pareja es cualquier acto u omisión atroz por parte de uno de los miembros de la pareja que priva a una pareja dependiente de sus necesidades básicas y, por lo tanto, resulta, o tiene un potencial razonable de resultar, en daño físico o psicológico a la pareja dependiente. Esta categoría se puede utilizar en el contexto de relaciones en las que uno de los miembros de la pareja depende en gran medida del otro para recibir cuidados o ayuda para realizar las actividades cotidianas ordinarias; por ejemplo, una pareja que es incapaz de cuidarse a sí misma debido a importantes problemas físicos, psicológicos. /limitaciones intelectuales o culturales (p. ej., incapacidad para comunicarse con otros y gestionar las actividades cotidianas como resultado de vivir en una cultura extranjera).

Machine Translated by Google

Negligencia del cónyuge o pareja de hecho,
confirmada T74.01XA Encuentro inicial

T74.01X Encuentro posterior

Negligencia del cónyuge o pareja de hecho,
sospecha T76.01XA Encuentro inicial

T76.01X Encuentro posterior

Otras circunstancias relacionadas con la negligencia del cónyuge o pareja

Z69.11 Contacto para servicios de salud mental para víctima de negligencia del cónyuge o pareja

Z91.412 Historia personal (historia pasada) de negligencia del cónyuge o pareja

Z69.12 Contacto con servicios de salud mental para el autor de negligencia del cónyuge o pareja

Abuso psicológico del cónyuge o pareja Esta categoría
se puede utilizar cuando el abuso psicológico del cónyuge o pareja es un foco de atención clínica. El abuso psicológico del cónyuge o pareja abarca actos verbales o simbólicos no accidentales por parte de uno de los miembros de la pareja que resultan, o tienen un potencial razonable de resultar, en un daño significativo a la otra pareja. Los actos de abuso psicológico incluyen reprender o humillar a la víctima; interrogar a la víctima; restringir la capacidad de la víctima de entrar y salir libremente; obstruir el acceso de la víctima a la asistencia (por ejemplo, fuerzas del orden; recursos legales, de protección o médicos); amenazar a la víctima con daño físico o agresión sexual; dañar o amenazar con dañar a personas o cosas que le importan a la víctima; restricción injustificada del acceso o uso de recursos económicos por parte de la víctima; aislar a la víctima de familiares, amigos o recursos de apoyo social; acechar a la víctima; y tratar de hacer que la víctima cuestione su cordura (“gaslighting”).

Abuso de cónyuge o pareja, psicológico, confirmado T74.31XA
Encuentro inicial

T74.31X Encuentro posterior

Abuso psicológico del cónyuge o pareja, sospecha de T76.31XA
Encuentro inicial

T76.31X Encuentro posterior

Otras circunstancias relacionadas con el abuso psicológico del cónyuge o pareja Z69.11

Contacto con servicios de salud mental para víctima del cónyuge o pareja psicológica
abuso

Z91.411 Historia personal (historia pasada) de abuso psicológico del cónyuge o pareja

Machine Translated by Google

Z69.12 Contacto con servicios de salud mental para autor de abuso psicológico de cónyuge o pareja

Abuso de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge
o su pareja Esta categoría se puede utilizar cuando el abuso de un adulto por parte de otro adulto que no es su pareja íntima es un foco de atención clínica. Dicho maltrato puede implicar actos de abuso físico, sexual o emocional. Los ejemplos de abuso de adultos incluyen actos no accidentales de fuerza física (p. ej., empujones, empujones, rasguños, bofetadas, arrojar algo que pueda lastimar, puñetazos, mordiscos) que han resultado (o tienen un potencial razonable de resultar) en daño físico o han causado miedo significativo. ; actos sexuales forzados o bajo coacción; y actos verbales o simbólicos con el potencial de causar daño psicológico (por ejemplo, reprender o humillar a la persona; interrogar a la persona; restringir la capacidad de la persona para entrar y salir libremente; obstruir el acceso de la persona a la asistencia; amenazar a la persona; dañar o amenazar con dañar a personas o cosas que le importan a la persona;

acceso o uso de recursos económicos; aislar a la persona de familiares, amigos o recursos de apoyo social; acechar a la persona; tratando de hacerle creer a la persona que está loca).
Se excluyen los actos destinados a proteger físicamente a uno mismo o a la otra persona.

Abuso físico en adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o su pareja,
confirmado T74.11XA Encuentro inicial

T74.11X Encuentro posterior

Abuso físico en adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o su pareja,
sospecha T76.11XA Encuentro inicial

T76.11X Encuentro posterior

Abuso sexual en adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o su pareja,
confirmado T74.21XA Encuentro inicial

T74.21X Encuentro posterior

Abuso sexual de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o su pareja, se sospecha
T76.21XA Contacto inicial

T76.21X Encuentro posterior

Abuso psicológico de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o su pareja, confirmado
T74.31XA Contacto inicial

T74.31X Encuentro posterior

Abuso psicológico de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o su pareja, se sospecha

Machine Translated by Google

T76.31XA Contacto inicial

T76.31X Encuentro posterior

Otras circunstancias relacionadas con el abuso de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o

su pareja Z69.81 Contacto para servicios de salud mental para una víctima de un adulto que no es su cónyuge o su pareja
abuso

Z69.82 Contacto con servicios de salud mental para el autor de un adulto que no es cónyuge ni pareja
abuso

Problemas relacionales

Las relaciones clave, especialmente las relaciones íntimas con la pareja adulta y las relaciones entre padres/cuidadores e hijos, tienen un impacto significativo en la salud de las personas en estas relaciones.
Estas relaciones pueden ser promotoras de la salud y protectoras, neutrales o perjudiciales para los resultados de salud. En casos extremos, estas relaciones cercanas pueden estar asociadas con maltrato o negligencia, lo que tiene importantes consecuencias médicas y psicológicas para el individuo afectado. Un problema relacional puede llegar a la atención clínica ya sea como la razón por la que el individuo busca atención médica o como un problema que afecta el curso, el pronóstico o el tratamiento del trastorno mental u otra condición médica del individuo.

Problema relacional entre padres e hijos

Z62.820 Padre-hijo biológico

Z62.821 Padre-hijo adoptado

Z62.822 Padre-hijo de crianza

Z62.898 Otro cuidador-niño Para esta

categoría, el término padre se utiliza para referirse a uno de los cuidadores principales del niño, que puede ser un padre biológico, adoptivo o de crianza o puede ser otro pariente (como un abuelo) que cumple un papel parental para el niño. Esta categoría se puede utilizar cuando el foco principal de la atención clínica es abordar la calidad de la relación entre padres e hijos o cuando la calidad de la relación entre padres e hijos afecta el curso, el pronóstico o el tratamiento de un trastorno mental u otra afección médica. . Por lo general, el problema relacional entre padres e hijos se asocia con un funcionamiento deficiente en los dominios conductuales, cognitivos o afectivos. Ejemplos de problemas de conducta incluyen control, supervisión y participación de los padres inadecuados con el niño; sobreprotección de los padres; presión parental excesiva; argumentos que escalan hasta amenazas de violencia física; y evitación sin resolución de problemas. Los problemas cognitivos pueden incluir atribuciones negativas de las intenciones del otro, hostilidad hacia el otro o convertirlo en chivo expiatorio y sentimientos injustificados de distanciamiento. Los problemas afectivos pueden incluir sentimientos de tristeza, apatía o enojo hacia el otro individuo en la relación. Los médicos deben tener en cuenta las necesidades de desarrollo del niño y el contexto cultural.

Z62.891 Problema relacional entre hermanos

Machine Translated by Google

Esta categoría puede usarse cuando el foco de atención clínica es un patrón de interacción entre hermanos que está asociado con un deterioro significativo en el funcionamiento individual o familiar o con el desarrollo de síntomas en uno o más de los hermanos, o cuando un problema relacional entre hermanos está afectando el curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental u otra condición médica de un hermano. Esta categoría puede usarse tanto para niños como para adultos si la atención se centra en la relación entre hermanos. Los hermanos en este contexto incluyen hermanos completos, medios, hermanastros, adoptivos y adoptivos.

Z63.0 Problemas en la relación con el cónyuge o pareja íntima Esta categoría

se puede utilizar cuando el enfoque principal del contacto clínico es abordar la calidad de la relación íntima (cónyuge o pareja) o cuando la calidad de esa relación está afectando el curso, el pronóstico , o tratamiento de un trastorno mental u otra condición médica.

Las parejas pueden ser del mismo o de diferente sexo. Por lo general, la angustia en la relación se asocia con un funcionamiento deficiente en los dominios conductuales, cognitivos o afectivos. Ejemplos de problemas de conducta incluyen dificultad para resolver conflictos, retraimiento y participación excesiva. Los problemas cognitivos pueden manifestarse como atribuciones negativas crónicas de las intenciones del otro o como rechazo de los comportamientos positivos de la pareja. Los problemas afectivos incluirían tristeza crónica, apatía y/o enojo hacia la otra parte.

Problemas relacionados con el entorno familiar

Z62.29 Crianza lejos de los padres Esta categoría

se puede utilizar cuando el foco principal de atención clínica se refiere a cuestiones relacionadas con la crianza de un niño lejos de los padres o cuando esta crianza separada afecta el curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental u otro condición médica. El niño podría ser uno que esté bajo custodia estatal y colocado bajo cuidado de familiares o de crianza. El niño también podría ser alguien que vive en el hogar de un pariente no paterno, o con amigos, pero cuya colocación fuera del hogar no es obligatoria ni sancionada por los tribunales. También se incluyen los problemas relacionados con un niño que vive en un hogar grupal o en un orfanato. Esta categoría excluye cuestiones relacionadas con Z59.3 Problema relacionado con vivir en una institución residencial.

Z62.898 Niño afectado por problemas en las relaciones parentales

Esta categoría se puede utilizar cuando el foco de atención clínica son los efectos negativos de la discordia en las relaciones parentales (p. ej., altos niveles de conflicto, angustia o menosprecio) en un niño de la familia, incluidos los efectos sobre el trastorno mental u otra condición médica del niño.

Z63.5 Disrupción de la familia por separación o divorcio Esta

categoría se puede utilizar cuando los miembros de una pareja adulta íntima viven separados debido a problemas de relación o están en proceso de divorcio.

Z63.8 Alto nivel de emoción expresada dentro de la familia La

emoción expresada es un constructo utilizado como medida cualitativa de la “cantidad” de emoción (en particular, hostilidad, sobreimplicación emocional y crítica dirigida hacia un miembro de la familia que es un paciente identificado) mostrada en el entorno familiar. Esta categoría se puede utilizar cuando el alto nivel de emoción expresada por una familia es el foco de atención clínica o está afectando el curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental u otro tratamiento médico de un miembro de la familia.

Machine Translated by Google

condición.

Problemas educativos

Estas categorías pueden usarse cuando un problema académico o educativo es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el diagnóstico, tratamiento o pronóstico del individuo. Los problemas a considerar incluyen el analfabetismo o el bajo nivel de alfabetización; falta de acceso a la educación debido a su falta de disponibilidad o inalcanzabilidad; problemas con el rendimiento académico (por ejemplo, reprobar exámenes escolares, recibir notas o calificaciones reprobatorias) o bajo rendimiento (por debajo de lo que se esperaría dada la capacidad intelectual del individuo); discordia con maestros, personal escolar u otros estudiantes; problemas relacionados con una enseñanza inadecuada; y cualquier otro problema relacionado con la educación y/o alfabetización.

Z55.0 Analfabetismo y alfabetización de bajo nivel

Z55.1 Escolarización no disponible e inalcanzable

Z55.2 Exámenes escolares reprobados

Z55.3 Bajo rendimiento escolar

Z55.4 Desadaptación educativa y discordia con profesores y compañeros de clase

Z55.8 Problemas relacionados con la enseñanza inadecuada

Z55.9 Otros problemas relacionados con la educación y la alfabetización

Problemas ocupacionales Estas categorías

pueden usarse cuando un problema ocupacional es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo. Las áreas a considerar incluyen problemas con el empleo o en el entorno laboral, incluidos problemas relacionados con el estado actual del despliegue militar; desempleo; cambio reciente de trabajo; amenaza de pérdida del empleo; horario de trabajo estresante; incertidumbre sobre las elecciones profesionales; acoso sexual en el trabajo; otras discordias con el jefe, supervisor, compañeros de trabajo u otras personas en el entorno laboral; ambientes de trabajo desagradables u hostiles; otras tensiones físicas o mentales relacionadas con el trabajo; acoso sexual en el trabajo; y cualquier otro problema relacionado con el empleo y/u ocupación.

Z56.82 Problema relacionado con el estado de despliegue militar actual Esta

categoría se puede utilizar cuando un problema ocupacional directamente relacionado con el estado de despliegue militar de un individuo es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el diagnóstico, tratamiento o pronóstico del individuo. Las reacciones psicológicas al despliegue no se incluyen en esta categoría; tales reacciones serían mejor captadas como un trastorno de adaptación u otro trastorno mental.

Z56.0 Desempleo

Z56.1 Cambio de trabajo

Machine Translated by Google

Z56.2 Amenaza de pérdida del empleo

Z56.3 Horario de trabajo estresante

Z56.4 Discordia con jefe y compañeros de trabajo

Z56.5 Ambiente de trabajo desagradable

Z56.6 Otras tensiones físicas y mentales relacionadas con el trabajo

Z56.81 Acoso sexual en el trabajo

Z56.9 Otro problema relacionado con el empleo

Problemas domesticos

Z59.01 Personas sin hogar protegidas

Esta categoría se puede utilizar cuando la falta de vivienda protegida tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico de un individuo. Se considera que una persona se encuentra sin hogar protegida si su residencia nocturna principal es un refugio para personas sin hogar, un refugio cálido, un refugio para víctimas de violencia doméstica, un motel o se encuentra en una situación de vivienda temporal o de transición.

Z59.02 Personas sin hogar sin refugio

Esta categoría puede usarse cuando la falta de vivienda sin hogar tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico de un individuo. Se considera que una persona se encuentra sin hogar sin refugio si reside en un lugar no destinado a la habitación humana, como un espacio público (p. ej., un túnel, una estación de transporte, un centro comercial), un edificio no destinado a uso residencial (p. ej., una estructura abandonada, una casa sin uso). fábrica), un automóvil, una cueva, una caja de cartón o alguna otra situación de vivienda ad hoc.

Z59.1 Vivienda inadecuada Esta

categoría se puede utilizar cuando la falta de vivienda adecuada tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico de un individuo. Ejemplos de condiciones de vivienda inadecuadas incluyen falta de calefacción (en temperaturas frías) o electricidad, infestación por insectos o roedores, instalaciones sanitarias y sanitarias inadecuadas, hacinamiento, falta de espacio adecuado para dormir y ruido excesivo. Es importante considerar las normas culturales antes de asignar esta categoría.

Z59.2 Discordia con el vecino, el inquilino o el propietario Esta categoría

se puede utilizar cuando la discordia con los vecinos, los inquilinos o el propietario es un foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo.

Z59.3 Problema relacionado con vivir en una institución residencial Esta categoría se

puede utilizar cuando un problema (o problemas) relacionados con vivir en una institución residencial es un foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo. Las reacciones psicológicas ante un cambio en la situación de vida no se incluyen en esta categoría; tales reacciones serían mejor captadas como un trastorno de adaptación.

Z59.9 Otro problema de vivienda Esta

categoría se puede utilizar cuando hay un problema relacionado con circunstancias de vivienda distintas a las especificadas anteriormente.

Machine Translated by Google

Problemas económicos

Estas categorías pueden usarse cuando un problema económico es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo. Las áreas a considerar incluyen la falta de alimentos adecuados (inseguridad alimentaria) o de agua potable, pobreza extrema, bajos ingresos, seguro social o de salud insuficiente o apoyo social, o cualquier otro problema económico.

Z59.41 Inseguridad alimentaria

Z58.6 Falta de agua potable segura

Z59.5 Pobreza extrema

Z59.6 Bajos ingresos

Z59.7 Seguro social o de salud o apoyo de bienestar social insuficiente Esta categoría puede usarse para personas que cumplen con los criterios de elegibilidad para recibir apoyo social o de bienestar social pero no reciben dicho apoyo, que reciben apoyo que es insuficiente para satisfacer sus necesidades o que de otro modo carecen de acceso. a seguros o programas de apoyo necesarios. Los ejemplos incluyen la incapacidad de calificar para recibir apoyo social debido a la falta de documentación adecuada o prueba de domicilio, la incapacidad de obtener un seguro médico adecuado debido a la edad o una condición preexistente, y la denegación de apoyo debido a requisitos de ingresos u otros requisitos excesivamente estrictos.

Z59.9 Otro problema económico

Esta categoría podrá utilizarse cuando exista un problema relacionado con circunstancias económicas distintas a las especificadas anteriormente.

Problemas relacionados con el entorno social

Z60.2 Problema relacionado con vivir solo Esta categoría se puede utilizar cuando un problema asociado con vivir solo es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo. Ejemplos de tales problemas incluyen sentimientos crónicos de soledad, aislamiento y falta de estructura para realizar las actividades de la vida diaria (p. ej., horarios irregulares de comidas y sueño, desempeño inconsistente de las tareas de mantenimiento del hogar).

Z60.3 Dificultad de aculturación Esta categoría se puede utilizar cuando la dificultad para adaptarse a una nueva cultura (p. ej., después de una migración) es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo.

Z60.4 Exclusión o Rechazo Social Esta categoría puede usarse cuando existe un desequilibrio de poder social tal que hay exclusión social o rechazo recurrente por parte de otros. Ejemplos de rechazo social incluyen acoso, burlas e intimidación por parte de otros; ser objeto de abuso verbal y humillación por parte de otros; y ser excluido intencionalmente de las actividades de sus pares, compañeros de trabajo u otras personas en su entorno social.

Machine Translated by Google

Z60.5 Objetivo de discriminación o persecución adversa (percibida) Esta categoría se
puede utilizar cuando se percibe o experimenta discriminación o persecución del individuo en función de su membresía (o membresía percibida) en una categoría específica. Normalmente, dichas categorías incluyen género o identidad de género, raza, etnia, religión, orientación sexual, país de origen, creencias políticas, estado de discapacidad, casta, estatus social, peso y apariencia física.

Z60.9 Otro problema relacionado con el entorno social

Esta categoría se puede utilizar cuando existe un problema relacionado con el entorno social del individuo distinto al especificado anteriormente.

Problemas relacionados con la interacción con el sistema legal Estas categorías pueden usarse
cuando un problema relacionado con la interacción con el sistema legal es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo. Las áreas a considerar incluyen condenas en procedimientos penales, encarcelamiento u otro tipo de encarcelamiento, problemas relacionados con la liberación de prisión y problemas relacionados con otras circunstancias legales (por ejemplo, litigios civiles, custodia de los hijos o procedimientos de manutención).

Z65.0 Condena en proceso penal sin prisión

Z65.1 Encarcelamiento u otro encarcelamiento

Z65.2 Problemas relacionados con la liberación de prisión

Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (p. ej., litigios civiles, custodia de menores o procedimientos de manutención)

Problemas relacionados con otros aspectos psicosociales, personales y Circunstancias ambientales

Z72.9 Problema relacionado con el estilo de
vida Esta categoría se puede utilizar cuando un problema de estilo de vida es un foco específico de tratamiento o afecta directamente el curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental u otra condición médica. Ejemplos de problemas de estilo de vida incluyen la falta de ejercicio físico, una dieta inadecuada, conductas sexuales de alto riesgo y mala higiene del sueño. Un problema que sea atribuible a un síntoma de un trastorno mental no debe codificarse a menos que ese problema sea un foco específico de tratamiento o afecte directamente el curso, pronóstico o tratamiento del individuo. En tales casos, se deben codificar tanto el trastorno mental como el problema del estilo de vida.

Problemas Z64.0 relacionados con embarazos no deseados

Z64.1 Problemas relacionados con la multiparidad

Z64.4 Discordia con el proveedor de servicios sociales, incluido el oficial de libertad condicional, el administrador de casos o el trabajador de servicios sociales

Machine Translated by Google

Z65.4 Víctima de un delito

Z65.4 Víctima de terrorismo o tortura

Z65.5 Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades

Problemas relacionados con el acceso a la atención médica y otros servicios de salud

Estas categorías pueden usarse cuando un problema relacionado con el acceso a la atención médica u otra atención médica es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo.

Z75.3 Falta de disponibilidad o inaccesibilidad de instalaciones de atención médica

Z75.4 Falta de disponibilidad o inaccesibilidad de otras agencias de ayuda

Circunstancias de antecedentes personales Z91.49 Historia

personal de trauma psicológico

Z91.82 Historia personal de despliegue militar

Otros encuentros de servicios de salud para asesoramiento y atención médica. Consejo

Z31.5 Asesoramiento genético Esta

categoría puede usarse para personas que buscan asesoramiento genético para comprender los riesgos de desarrollar un trastorno mental con un componente genético significativo (p. ej., trastorno bipolar) para ellos y otros miembros de la familia, incluidos sus hijos existentes, así como para los riesgos para sus futuros hijos.

Z70.9 Asesoramiento sexual

Esta categoría puede usarse cuando el individuo busca asesoramiento relacionado con educación sexual, comportamiento sexual, orientación sexual, actitudes sexuales (vergüenza, timidez), comportamiento u orientación sexual de otros (p. ej., cónyuge, pareja, hijo), disfrute sexual, o cualquier otro tema relacionado con el sexo.

Z71.3 Asesoramiento dietético Esta

categoría se puede utilizar cuando el individuo busca asesoramiento relacionado con cuestiones dietéticas como el control del peso.

Z71.9 Otro asesoramiento o consulta Esta categoría se

puede utilizar cuando se proporciona asesoramiento o se busca asesoramiento/consulta para un problema que no está especificado anteriormente ni en ninguna otra parte de este capítulo (por ejemplo, asesoramiento sobre la prevención del abuso de drogas en un adolescente).

Condiciones o problemas adicionales que pueden ser un foco de atención

Machine Translated by Google

Atención clínica

Z91.83 Deambulación asociada con un trastorno mental Esta categoría

puede usarse para personas con un trastorno mental cuyo deseo de caminar genera preocupaciones importantes sobre el manejo clínico o la seguridad. Por ejemplo, las personas con trastornos neurocognitivos o del desarrollo neurológico importantes pueden experimentar una necesidad inquieta de deambular que los pone en riesgo de sufrir caídas y les hace abandonar los entornos supervisados sin el acompañamiento necesario. Esta categoría excluye a las personas cuya intención es escapar de una situación de vivienda no deseada (por ejemplo, niños que se escapan de casa, personas que ya no desean permanecer en el hospital) o aquellos que caminan o pasean como resultado de una acatisia inducida por medicamentos.

> Nota de codificación: Primero codifique el trastorno mental asociado (p. ej., trastorno neurocognitivo mayor, trastorno del espectro autista), luego codifique Z91.83 deambulación asociada con [trastorno mental específico].

Z63.4 Duelo no complicado Esta categoría se

puede utilizar cuando el foco de atención clínica es una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Como parte de su reacción ante tal pérdida, algunas personas en duelo presentan síntomas característicos de un episodio depresivo mayor; por ejemplo, sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. La persona en duelo generalmente considera que el estado de ánimo deprimido es “normal”, aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados, como el insomnio o la anorexia. La duración y expresión del duelo “normal” varían considerablemente entre los diferentes grupos culturales. En sus respectivos textos se proporciona más orientación para distinguir el duelo de un episodio depresivo mayor y de un trastorno de duelo prolongado.

Problema de fase de vida Z60.0

Esta categoría se puede utilizar cuando un problema de adaptación a una transición del ciclo de vida (una fase de desarrollo particular) es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo. Ejemplos de tales transiciones incluyen ingresar o terminar la escuela, dejar el control de los padres, casarse, comenzar una nueva carrera, convertirse en padre, adaptarse a un “nido vacío” después de que los hijos se van de casa y jubilarse.

Z65.8 Problema religioso o espiritual Esta categoría

se puede utilizar cuando el foco de atención clínica es un problema religioso o espiritual.
Los ejemplos incluyen experiencias angustiosas que involucran pérdida o cuestionamiento de la fe, problemas asociados con la conversión a una nueva fe o cuestionamiento de valores espirituales que no necesariamente pueden estar relacionados con una iglesia organizada o institución religiosa.

Z72.811 Comportamiento antisocial en adultos

Esta categoría se puede utilizar cuando el foco de atención clínica es el comportamiento antisocial de un adulto que no es atribuible a un trastorno mental (p. ej., trastorno de conducta, trastorno de personalidad antisocial).
Los ejemplos incluyen el comportamiento de algunos ladrones profesionales, extorsionadores o traficantes de sustancias ilegales.

Machine Translated by Google

Z72.810 Comportamiento antisocial de niños o adolescentes

Esta categoría puede usarse cuando el foco de atención clínica es el comportamiento antisocial en un niño o adolescente que no es atribuible a un trastorno mental (p. ej., trastorno explosivo intermitente, trastorno de conducta). Los ejemplos incluyen actos antisociales aislados por parte de niños o adolescentes (no un patrón de conducta antisocial).

Z91.19 Incumplimiento del tratamiento médico

Esta categoría se puede utilizar cuando el foco de atención clínica es la falta de adherencia a un aspecto importante del tratamiento de un trastorno mental u otra afección médica. Las razones de tal incumplimiento pueden incluir malestar resultante del tratamiento (p. ej., efectos secundarios de los medicamentos), gastos del tratamiento, juicios de valor personal o creencias religiosas o culturales sobre el tratamiento propuesto, debilidad relacionada con la edad y la presencia de un trastorno mental (p. ej., esquizofrenia, trastorno de la personalidad). Esta categoría puede usarse sólo cuando el problema es lo suficientemente grave como para justificar atención clínica independiente y no cumple con los criterios de diagnóstico de factores psicológicos que afectan otras afecciones médicas.

E66.9 Sobrepeso u obesidad Esta

categoría se puede utilizar cuando el sobrepeso o la obesidad son un foco de atención clínica.

Z76.5 Simulación La

característica esencial de la simulación es la producción intencional de síntomas físicos o psicológicos falsos o extremadamente exagerados, motivados por incentivos externos como evitar el servicio militar, evitar el trabajo, obtener una compensación financiera, evadir un proceso penal u obtener drogas. En algunas circunstancias, fingir puede representar un comportamiento adaptativo; por ejemplo, fingir una enfermedad mientras se está cautivo del enemigo durante tiempos de guerra. Se debe considerar seriamente la simulación si se observa alguna combinación de lo siguiente: 1. Contexto médico-legal de presentación (p. ej., el individuo

es remitido por un abogado al médico para su examen, o el individuo se remite por sí mismo mientras hay un litigio o cargos penales pendientes) .

2. Marcada discrepancia entre el estrés o la discapacidad alegados por el individuo y los hallazgos y observaciones objetivos.
3. Falta de cooperación durante la evaluación diagnóstica y en el cumplimiento del régimen de tratamiento prescrito.

4. La presencia de trastorno de personalidad antisocial.

La simulación se diferencia del trastorno facticio en que la motivación para la producción de síntomas en la simulación es un incentivo externo, mientras que en el trastorno facticio los incentivos externos están ausentes. La simulación se diferencia del trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión) y otros trastornos mentales relacionados con síntomas somáticos por la producción intencional de síntomas y por los incentivos externos obvios asociados con ella.

La evidencia definitiva de fingir (como evidencia clara de que hay pérdida de función durante el examen pero no en casa) sugeriría un diagnóstico de trastorno facticio si el objetivo aparente del individuo es asumir el papel de enfermo, o de simulación si es obtener un incentivo, como el dinero.

R41.81 Deterioro cognitivo relacionado con la edad

Esta categoría se puede utilizar cuando el foco de atención clínica es un problema identificado objetivamente.

Machine Translated by Google

dada la edad del individuo. Las personas con esta afección pueden informar problemas para recordar nombres o citas o pueden experimentar dificultades para resolver problemas complejos. Esta categoría debe considerarse sólo después de que se haya determinado que el deterioro cognitivo no se explica mejor por un trastorno mental específico o es atribuible a una afección neurológica.

R41.83 Funcionamiento intelectual límite Esta

categoría se puede utilizar cuando el funcionamiento intelectual límite de un individuo es el foco de atención clínica o tiene un impacto en el tratamiento o pronóstico del individuo. Diferenciar el funcionamiento intelectual límite y el trastorno leve del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual) requiere una evaluación cuidadosa de las funciones intelectuales y adaptativas y sus discrepancias, particularmente en presencia de trastornos mentales concurrentes que pueden afectar el cumplimiento del paciente con los procedimientos de prueba estandarizados (p. ej., esquizofrenia o atención). -trastorno por déficit/hiperactividad, con impulsividad severa).

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

SECCIÓN III

Medidas y modelos emergentes

Medidas de evaluación

Medidas transversales sobre síntomas

Medida de síntomas transversales autoevaluada de nivel 1 del DSM-5: adultos

Medida transversal de síntomas de nivel 1 del DSM-5 calificada por padres/tutores: niño Edad 6-17

Dimensiones de la gravedad de los síntomas de la psicosis calificadas por los médicos Programa de evaluación de discapacidad 2.0 de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0)

Cultura y diagnóstico psiquiátrico

Términos clave

Formulación cultural

Entrevista de formulación cultural básica (CFI)

Entrevista de formulación cultural (CFI)—Versión para informante

Conceptos culturales de angustia

Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad

Condiciones para estudios adicionales

Síndrome de psicosis atenuada

Episodios depresivos con hipomanía de corta duración

Trastorno por consumo de cafeína

Trastorno de los juegos de Internet

Trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol

Trastorno de conducta suicida

Trastorno de autolesión no suicida

Machine Translated by Google

Esta sección contiene herramientas y técnicas para mejorar la práctica clínica, comprender el contexto cultural de los trastornos mentales y facilitar estudios adicionales de los diagnósticos emergentes propuestos. La inclusión de este material representa un DSM-5 dinámico que evolucionará con los avances en el campo.

Entre las herramientas de la Sección III, Medidas de Evaluación proporciona una medida transversal de Nivel 1 calificada por uno mismo/informante que sirve como una revisión de los sistemas en todos los trastornos mentales. También se proporciona una escala de gravedad de los síntomas calificada por el médico para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, así como el Programa de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, Versión 2 (WHODAS 2.0). Las medidas de gravedad para los síntomas identificados mediante la medida transversal de Nivel 1 calificada por uno mismo/el informante están disponibles en línea (www.psychiatry.org/dsm5) y puede usarse para explorar respuestas significativas a la pantalla del Nivel 1.

En el capítulo “Cultura y diagnóstico psiquiátrico” se proporciona una revisión exhaustiva del contexto cultural de los trastornos mentales y la Entrevista de Formulación Cultural (CFI) para uso clínico. Tanto la versión para médicos como para informantes del CFI están disponibles en línea (www.psychiatry.org/dsm5). El capítulo también contiene un glosario de ejemplos de conceptos culturales de angustia.

El modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad proporciona una alternativa a la clasificación existente de los trastornos de la personalidad en la Sección II. Este modelo híbrido dimensional-categórico define el trastorno de la personalidad en términos de deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y rasgos patológicos de la personalidad.

Condiciones para estudios adicionales incluye conjuntos de criterios propuestos y texto descriptivo para nuevas condiciones que son el foco de la investigación activa, como el síndrome de psicosis atenuada y el trastorno por consumo de cafeína.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Medidas de evaluación

Un creciente cuerpo de evidencia científica favorece los conceptos dimensionales en el diagnóstico de los trastornos mentales. Las limitaciones de un enfoque categórico del diagnóstico incluyen la imposibilidad de encontrar zonas de rareza entre los diagnósticos (es decir, la delimitación de los trastornos mentales entre sí mediante límites naturales), la necesidad de categorías intermedias como el trastorno esquizoafectivo, altas tasas de comorbilidad, la necesidad de un uso frecuente de otros diagnósticos o no especificados, relativa falta de utilidad para promover la identificación de validadores de antecedentes únicos para la mayoría de los trastornos mentales y falta de especificidad del tratamiento para las diversas categorías de diagnóstico.

Desde la perspectiva tanto clínica como de investigación, existe la necesidad de un enfoque más dimensional que pueda combinarse con el conjunto de diagnósticos categóricos del DSM para captar mejor la heterogeneidad en la presentación de diversos trastornos mentales y por uso de sustancias. Este enfoque permite a los médicos u otras personas comunicar mejor variaciones particulares de características que se aplican a presentaciones que cumplen con los criterios de un trastorno. Dichas características incluyen la gravedad diferencial de los síntomas individuales (incluidos los síntomas que forman parte de las características diagnósticas, así como los que están asociados con el trastorno), medida por la intensidad, la duración y el impacto en el funcionamiento. Este enfoque combinado también permite a los médicos u otras personas identificar afecciones que no cumplen con los criterios de un trastorno pero que son graves e incapacitantes y necesitan tratamiento.

Se espera que a medida que aumente la comprensión de los mecanismos básicos de la enfermedad para los trastornos mentales y por uso de sustancias basados en la fisiopatología, los neurocircuitos y las interacciones gen-ambiente, se incorporen medidas más objetivas de psicopatología en los conjuntos de criterios de diagnóstico para mejorar su precisión. Hasta entonces, las directrices actuales de evaluación psiquiátrica destacan un enfoque dimensional que depende principalmente de los informes subjetivos de un individuo sobre las experiencias de síntomas junto con la interpretación del médico como un paso importante para mejorar la práctica diagnóstica.

Las medidas transversales de síntomas, inspiradas en la revisión de sistemas de la medicina general, pueden servir como un enfoque para revisar dominios psicopatológicos críticos en todos los grupos de edad y diagnósticos. La revisión médica general de los sistemas, una lista de preguntas ordenadas por sistemas de órganos, es crucial para detectar signos y síntomas de disfunción y enfermedad que el individuo puede presentar o no y que pueden facilitar el diagnóstico y el tratamiento. Una revisión similar de varios sistemas (o dominios) mentales, que es el objetivo de las medidas transversales de síntomas, puede ayudar a realizar una evaluación más completa del estado mental de los individuos en la evaluación inicial.

La revisión de los sistemas mentales puede llamar sistemáticamente la atención sobre signos y síntomas de otros dominios de la salud y el funcionamiento mental que pueden ser importantes para la atención del individuo. Las medidas transversales tienen dos niveles de investigación: el nivel 1 utiliza de 1 a 3 preguntas para cada uno de los 13 dominios de síntomas para adultos (autocalificados) y 12 dominios para niños (de 6 a 17 años, calificados por los padres) y adolescentes (calificados por los niños). , de 11 a 17 años) para identificar signos y síntomas emergentes. Las preguntas del nivel 2 proporcionan una evaluación más profunda de ciertos dominios (p. ej., depresión, ansiedad, manía, ira, irritabilidad, síntomas somáticos). Estas medidas están desarrolladas para ser administradas

Machine Translated by Google

tanto en la entrevista inicial como en las visitas de seguimiento. Por lo tanto, el uso de estas medidas puede constituir aspectos clave de la atención basada en mediciones, el proceso mediante el cual se utilizan herramientas de evaluación estandarizadas.

administrados y los resultados utilizados para seguir el progreso de los individuos a lo largo del tiempo para guiar un plan de atención más preciso. En última instancia, el uso de estas medidas tiene como objetivo informar la atención basada en mediciones identificando áreas de síntomas y preocupaciones emergentes, así como respaldando el monitoreo continuo de los síntomas, el ajuste del tratamiento y los resultados críticos para la prestación de atención de calidad para personas con trastornos mentales y por uso de sustancias. Como resultado, estas medidas transversales de síntomas se han identificado como componentes importantes de la evaluación diagnóstica psiquiátrica en las guías de práctica clínica.

Las medidas de gravedad son específicas del trastorno y se corresponden estrechamente con los criterios que constituyen la definición del trastorno. Se pueden administrar a personas que han recibido un diagnóstico o que tienen un síndrome clínicamente significativo que no cumple con todos los criterios para un diagnóstico (p. ej., uso de las dimensiones calificadas por el médico de la gravedad de los síntomas de la psicosis en personas cuyos síntomas cumplen con los criterios de esquizofrenia).). Algunas de las evaluaciones son autoevaluadas, mientras que otras las califica el médico basándose en la observación del individuo. Al igual que con las medidas transversales de síntomas, estas medidas se pueden administrar tanto en la entrevista inicial como a lo largo del tiempo para rastrear la gravedad del trastorno del individuo y la respuesta al tratamiento. Estas evaluaciones ayudan a operacionalizar la frecuencia, intensidad o duración de los síntomas; gravedad general de los síntomas; o tipo de síntoma (p. ej., depresión, ansiedad, alteraciones del sueño) para muchos, aunque no todos, los diagnósticos del DSM-5 (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, trastornos psicóticos, trastorno de estrés postraumático, trastorno del espectro autista y trastorno social (pragmático).) trastorno de la comunicación). Los datos obtenidos del uso de estas medidas específicas de cada trastorno pueden ayudar con el diagnóstico e informar el seguimiento de los síntomas y la planificación del tratamiento.

El Programa de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, Versión 2.0 (WHODAS 2.0) fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para evaluar la capacidad de un individuo para realizar actividades en seis áreas: comprensión y comunicación; Moverse; cuidados personales; llevarse bien con la gente; actividades de la vida (p. ej., hogar, trabajo/escuela); y participación en la sociedad. Esta versión de la escala es autoadministrada y fue desarrollada para personas con cualquier condición médica, no solo trastornos mentales. Corresponde a conceptos contenidos en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la OMS. Esta evaluación también se puede utilizar a lo largo del tiempo para rastrear cambios en el nivel de funcionamiento de un individuo. La evaluación del funcionamiento es un aspecto clave de la evaluación diagnóstica psiquiátrica dado que la mayoría de los conjuntos de criterios del DSM-5 incluyen el requisito de que la alteración cause malestar o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento. Las personas con trastornos mentales tienen más probabilidades de tener un deterioro grave en el funcionamiento (es decir, comunicarse o comprender; llevarse bien con los demás; realizar actividades diarias en el trabajo, el hogar o la escuela; participar en actividades sociales) en comparación con las personas con afecciones médicas crónicas. Además, muchas personas buscan ayuda para los trastornos mentales debido al impacto directo de sus trastornos en el deterioro funcional en múltiples dominios y entornos. El deterioro funcional puede afectar el pronóstico en todos los diagnósticos y, si el deterioro funcional residual persiste después de que desaparecen los síntomas, puede provocar recurrencia o recaída de afecciones como el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad.

Este capítulo se centra en la medida de síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5 (autocontrol en adultos).

Machine Translated by Google

versiones calificadas y para padres/tutores); Las dimensiones de los síntomas de psicosis evaluadas por el médico
Gravedad; y el WHODAS 2.0. Instrucciones del médico, información de puntuación e interpretación.
Se incluyen pautas para cada uno. La descripción de la versión calificada para niños no está incluida en la impresión.
dada la similitud general en los ítems, la puntuación y las instrucciones y directrices del médico con el
Versión calificada por padres/tutores. Estas medidas, incluida la versión calificada para niños, y adicionales
Las evaluaciones dimensionales, como las de gravedad del diagnóstico, se pueden encontrar en línea en
www.psychiatry.org/dsm5.

Medidas transversales sobre síntomas

Medida de síntomas transversales de nivel 1

La medida de síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5 es una medida calificada por uno mismo o por un informante que
Evalúa dominios que son importantes en todos los diagnósticos psiquiátricos. Su objetivo es ayudar a los médicos
Identificar áreas adicionales de investigación que puedan tener un impacto significativo en el tratamiento del individuo.
y pronóstico. Además, la medida puede usarse para rastrear cambios en la personalidad del individuo.
presentación de los síntomas a lo largo del tiempo.

La versión para adultos de la medida consta de 23 preguntas que evalúan 13 dominios psiquiátricos,
incluyendo depresión, ira, manía, ansiedad, síntomas somáticos, ideación suicida, psicosis,
problemas de sueño, memoria, pensamientos y comportamientos repetitivos, disociación, funcionamiento de la personalidad,
y consumo de sustancias (Tabla 1). Cada dominio consta de una a tres preguntas. Cada artículo consulta
acerca de cuánto (o con qué frecuencia) el síntoma específico ha molestado al individuo durante
las últimas 2 semanas. Si el individuo tiene una capacidad reducida y no puede completar el formulario (p. ej.,
un individuo con un trastorno neurocognitivo importante), un informante adulto informado puede
completar esta medida.

TABLA 1 Medida de síntomas transversales de nivel 1 autoevaluada por el DSM-5 para adultos: 13 dominios, umbrales para mayor investigación y DSM-5 Nivel 2 asociado medidas

Dominio	Nombre de dominio	Umbral para guiar consultas adicionales	Síntoma transversal del nivel 2 del DSM-5 Medida [a]
I.	Depresión	Leve o mayor	Nivel 2—Depresión—Adulto (PROMIS Angustia emocional (forma corta)
II.	Enojo	Leve o mayor	Nivel 2—Ira—Adulto (PROMIS Emocional Angustia—Ira—forma corta)
III.	Manía	Leve o mayor	Nivel 2—Manía—Adulto (autoevaluación de Altman) Escala de manía [ASRM])
IV.	Ansiedad	Leve o mayor	Nivel 2—Ansiedad—Adulto (PROMIS Emocional Angustia—Ansiedad—forma corta)
v.	Síntomas somáticos	Leve o mayor	Nivel 2—Síntoma somático—Adulto (paciente Cuestionario de salud–15 [PHQ-15] Somático Escala de gravedad de los síntomas)

Machine Translated by Google

VI.	Ideación suicida	Ligera o mayor	Ninguno
VII.	Psicosis	Ligera o mayor	Ninguno
VIII.	Problemas para dormir	Leve o mayor	Nivel 2—Alteraciones del sueño—Adultos (PROMIS Trastorno del sueño (forma abreviada)
IX.	Memoria	Leve o mayor	Ninguno
X.	Pensamientos repetitivos y comportamientos	Leve o mayor	Nivel 2—Pensamientos y comportamientos repetitivos—Adulto (Inventario Obsesivo-Compulsivo de Florida [FOCI] Escala de Gravedad)
XI.	Disociación	Leve o mayor	Ninguno
XII.	Funcionamiento de la personalidad	Leve o mayor	Ninguno
XIII.	Uso de sustancias	Ligera o mayor	Nivel 2—Consumo de sustancias—Adultos (adaptado de el ASSIST modificado por el NIDA)

Nota. NIDA = Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.

aDisponible en www.psychiatry.org/dsm5.

Se encontró que la medida era clínicamente útil y tenía buena confiabilidad en el DSM-5. Ensayos de campo que se realizaron en muestras clínicas de adultos en los Estados Unidos y Canadá. En los ensayos de campo del DSM-5, en los que las calificaciones de los síntomas del individuo se compartieron con el médico antes de reunirse, las personas informaron que los resultados de la medida ayudaron a facilitar comunicación durante el encuentro clínico. De manera similar, los médicos de las principales instituciones de investigación médica y académica, así como de los entornos de práctica clínica habitual, encontraron que las medidas clínicamente útil y factible para la integración en la atención clínica diaria, así como en la especialidad. entornos clínicos. Además de los resultados de los ensayos de campo del DSM-5, varios estudios han evaluó las propiedades psicométricas de la versión adulta autoevaluada del cuestionario transversal medida de síntomas en una variedad de poblaciones. Por ejemplo, los resultados de un gran estudio de estudiantes universitarios que no buscaban tratamiento en todo Estados Unidos demostraron que los resultados internos eran aceptables. consistencia y validez interna.

La versión de la medida calificada por padres/tutores (para niños de 6 a 17 años) consta de 25 preguntas que evalúan 12 dominios psiquiátricos, incluyendo depresión, ira, irritabilidad, manía, ansiedad, síntomas somáticos, falta de atención, ideación/intento suicida, psicosis, alteraciones del sueño, pensamientos y comportamientos repetitivos y consumo de sustancias (Tabla 2). Cada elemento le pregunta a los padres o tutor para calificar cuánto (o con qué frecuencia) su hijo ha sido molestado por el problema específico síntoma psiquiátrico durante las últimas 2 semanas. La medida también resultó ser clínicamente útil. y tener buena confiabilidad en los ensayos de campo del DSM-5 que se llevaron a cabo en clínica pediátrica. muestras en todo Estados Unidos. Para niños de 11 a 17 años, junto con la calificación del padre/tutor de los síntomas del niño, el médico puede considerar que el niño complete la evaluación infantil versión de la medida. La versión de la medida calificada para niños se puede encontrar en línea en www.psychiatry.org/dsm5.

TABLA 2 Medida de síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5 calificada por padres/tutores para niños de 6 a 17 años: 12 dominios, umbrales para mayor investigación y medidas asociadas de nivel 2

		Umbral para guiar	Síntoma transversal del nivel 2 del DSM-5

Machine Translated by Google

Dominio	Nombre de dominio	consultas adicionales	Medida [a]
I.	Síntomas somáticos	Leve o mayor	Nivel 2—Síntomas somáticos—Padre/Tutor de niños de 6 a 17 años (salud del paciente Cuestionario–15 [PHQ-15] Síntoma somático Escala de gravedad)
II.	Problemas para dormir	Leve o mayor	Nivel 2—Alteraciones del sueño—Padre/tutor de Niños de 6 a 17 años (PROMIS Trastorno del sueño—Forma corta)
III.	Inatención	Ligera o mayor	Nivel 2—Falta de atención—Padre/Tutor del niño De 6 a 17 años (Swanson, Nolan y Pelham, Versión IV [SNAP-IV])
IV.	Depresión	Leve o mayor	Nivel 2—Depresión—Padre/Tutor del Niño De 6 a 17 años (PROMIS Angustia emocional—Depresión—Banco de artículos principal)
v.	Enojo	Leve o mayor	Nivel 2—Ira—Padre/Tutor del Niño (Medida de ira calibrada PROMIS—Padres)
VI.	Irritabilidad	Leve o mayor	Nivel 2—Irritabilidad—Padre/Tutor del Niño (Índice de reactividad afectiva [IRA])
VII.	Manía	Leve o mayor	Nivel 2—Manía—Edad del padre/tutor del niño 6-17 (Escala de manía de autoevaluación de Altman [ASRM])
VIII.	Ansiedad	Leve o mayor	Nivel 2—Ansiedad—Edad del padre/tutor del niño 6–17 (PROMIS Angustia emocional—Ansiedad —Banco de artículos principal)
IX.	Psicosis	Ligera o mayor	Ninguno
X.	Pensamientos repetitivos y comportamientos	Leve o mayor	Ninguno
XI.	Uso de sustancias	Sí	Nivel 2—Uso de sustancias—Padre/Tutor de Niños de 6 a 17 años (adaptado del ASSIST modificado por el NIDA)
		no lo sé	ASSIST modificado por el NIDA (adaptado): clasificado para niños (edad 11-17 años)
XII.	Ideación suicida/suicidio intentos	Sí	Ninguno
		no lo sé	Ninguno

Nota. NIDA = Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.
aDisponible en www.psychiatry.org/dsm5.

Puntuación e interpretación. En la versión de la medida autoevaluada por adultos, cada ítem se califica según un Escala de 5 puntos (0 = nada o nada; 1 = leve o raro, menos de uno o dos días; 2 = leve o varios días; 3 = moderado o más de la mitad de los días; y 4 = severo o casi todos los días). la puntuación en Cada elemento dentro de un dominio de varios elementos debe ser revisado por el médico, especialmente si se trata de un nivel 2. No está indicada la evaluación transversal de los síntomas, para comprender qué síntoma específico dentro un dominio es el más problemático (p. ej., alucinaciones auditivas o transmisión de pensamientos para el dominio de la psicosis) para ayudar a guiar investigaciones adicionales. Sin embargo, una calificación de leve (es decir, 2) o mayor en cualquier elemento dentro de un dominio, excepto el uso de sustancias, ideación suicida y psicosis, fuertemente sugiere la necesidad de

investigación y seguimiento adicionales para determinar si es necesaria una evaluación más detallada, que

Machine Translated by Google

puede incluir la evaluación transversal de síntomas de Nivel 2 para el dominio (ver 1). Para el uso de sustancias, ideación suicida y psicosis, una calificación leve (es decir, 1) o mayor en cualquier elemento dentro del dominio puede servir como guía para investigaciones y seguimiento adicionales para determinar si se necesita una evaluación más detallada. Como tal, el evaluador debe indicar la puntuación más alta dentro de un dominio en la columna "Puntuación de dominio más alta". La Tabla 1 describe los puntajes umbral que pueden guiar investigaciones adicionales para los dominios restantes.

En la versión de la medida calificada por padres/tutores (para niños de 6 a 17 años), 19 de los 25 ítems se califican cada uno en una escala de 5 puntos (0 = ninguno o nada en absoluto; 1 = leve o raro, menos de uno o dos días; 2 = leve o varios días; 3 = moderado o más de la mitad de los días y 4 = severo o casi todos los días). Los ítems de ideación suicida, intento de suicidio y abuso de sustancias se califican cada uno en una escala de "Sí, No o No sé". El médico debe revisar la puntuación de cada ítem dentro de un dominio para comprender qué síntoma específico dentro de un dominio es más problemático (p. ej., alucinación visual o auditiva en el dominio de psicosis) para ayudar a guiar investigaciones adicionales. Sin embargo, con la excepción de la falta de atención y la psicosis, una calificación de leve (es decir, 2) o mayor en cualquier ítem dentro de un dominio que se califica en la escala de 5 puntos puede servir como guía para investigaciones y seguimiento adicionales para determinar si es necesaria una evaluación más detallada, que puede incluir la evaluación transversal de síntomas de Nivel 2 para el dominio (ver Tabla 2). Para falta de atención o psicosis, se puede utilizar una calificación de leve o mayor (es decir, 1 o mayor) como indicador para una investigación adicional. La calificación de "No sé" de un padre o tutor sobre la ideación suicida, el intento de suicidio y cualquiera de los elementos del uso de sustancias, especialmente para niños de 11 a 17 años, puede resultar en una investigación adicional de los problemas con el niño, incluyendo utilizando la medida de síntomas transversales de nivel 2 calificada por niños para el dominio relevante. Debido a que se realizan consultas adicionales sobre la base de la puntuación más alta en cualquier elemento dentro de un dominio, los médicos deben indicar esa puntuación en la columna "Puntuación de dominio más alta". La Tabla 2 describe los puntajes umbral que pueden guiar investigaciones adicionales para los dominios restantes.

Las instrucciones y pautas del médico para la versión calificada para niños son similares a las de la versión calificada para padres/tutores descrita anteriormente, con la excepción de las categorías de respuesta "No sé", que no están presentes en la versión calificada para niños (ver www.psychiatry.org/dsm5).

Medidas transversales de síntomas de nivel 2 Cualquier puntuación

umbral en la medida transversal de síntomas de nivel 1 (como se indica en las Tablas 1 y 2 y se describe en "Puntuación e interpretación") indica una posible necesidad de una investigación clínica detallada. Las medidas transversales de síntomas de nivel 2 proporcionan un método para obtener información más detallada sobre síntomas potencialmente significativos para informar el diagnóstico, la planificación del tratamiento y el seguimiento. Están disponibles en línea en www.psychiatry.org/dsm5. Las Tablas 1 y 2 describen cada dominio de Nivel 1 e identifican los dominios para los cuales las Medidas de Síntomas Transversales de Nivel 2 del DSM-5 están disponibles para evaluaciones más detalladas. Las versiones para adultos y pediátricas (para padres e hijos) están disponibles en línea para la mayoría de los dominios de síntomas del Nivel 1.

Frecuencia de uso de las medidas de síntomas transversales Para rastrear los cambios en la

presentación de los síntomas del individuo a lo largo del tiempo, las medidas de síntomas transversales de Nivel 1 y Nivel 2 relevante pueden completarse a intervalos regulares según esté clínicamente indicado, dependiendo de la estabilidad de la personalidad del individuo. síntomas y estado del tratamiento. Para personas con capacidad reducida y para niños de 6 a 17 años, es preferible que el

Machine Translated by Google

medidas que deben completarse en las citas de seguimiento por el mismo informante informado y por el mismo padre o tutor. Puntuaciones consistentemente altas en un dominio particular pueden indicar síntomas significativos y problemáticos para el individuo que podrían justificar una evaluación adicional, tratamiento y seguimiento. El juicio clínico debe guiar la toma de decisiones.

Medida de síntomas transversales autoevaluada de nivel 1 del DSM-5: adultos

Nombre:_____ Edad: _____ Si la Fecha:_____

medida la está completando un informante, ¿cuál es su relación con el individuo?: En una semana típica, _____

¿aproximadamente cuánto tiempo pasa con el individuo? _____
horas/semana

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren a cosas que podrían haberle molestado. Para cada pregunta, encierre en un círculo el número que mejor describe cuánto (o con qué frecuencia) le ha molestado cada problema durante las últimas DOS (2) SEMANAS.

		Durante los últimos DOS (2) SEMANAS, ¿cuánto (o cuánto a menudo) ¿has estado molesto por lo siguiente ¿problemas?	Ninguno No en absoluto	Leve Extraño, menos que un día o dos	Leve Varios días	Moderado Más de la mitad los días	Severo Cerca de cada día	más alto Dominio Puntaje (médico)
I.	1.	Poco interés o placer en ¿haciendo cosas?	0	1	2	3	4	
	2.	Sentirse decaído, deprimido o ¿desesperanzado?	0	1	2	3	4	
II.	3.	Sentirse más irritado, de mal humor, enojado de lo habitual?	0	1	2	3	4	
III.	4.	Dormir menos de lo habitual, pero ¿Todavía tienes mucha energía?	0	1	2	3	4	
	5.	Iniciar muchos más proyectos que habitual o haciendo más riesgoso cosas de lo habitual?	0	1	2	3	4	
IV.	6.	Sentirse nervioso, ansioso, asustado, preocupado o en ¿borde?	0	1	2	3	4	
	7.	Sentir pánico o estar ¿atemorizado?	0	1	2	3	4	
	8.	Evitar situaciones que hagan estas ansioso?	0	1	2	3	4	
v.	9.	Dolores y molestias inexplicables (p. ej., cabeza, espalda, articulaciones, abdomen, piernas)?	0	1	2	3	4	
	10.	Sentir que tus enfermedades son no ser tomado en serio ¿suficiente?	0	1	2	3	4	
VI.	11.	Pensamientos de sufrir realmente ¿tú mismo?	0	1	2	3	4	
848 VII.	12.	Escuchar cosas de otras personas. no podía oír, como voces incluso cuando nadie estaba ¿alrededor?	0	1	2	3	4	

Machine Translated by Google

	13. Sentir que alguien podía oír tus pensamientos, o que tu podía escuchar lo que otro persona estaba pensando?	0	1	2	3	4	
VIII.	14. Problemas con el sueño que afectó la calidad de tu sueño ¿en general?	0	1	2	3	4	
IX.	15. Problemas con la memoria (p. ej., aprender nueva información) o con ubicación (por ejemplo, encontrar tu camino a casa)?	0	1	2	3	4	
X.	16. Pensamientos, impulsos o deseos desagradables. imágenes que entran repetidamente ¿tu mente?	0	1	2	3	4	
	17. Sentirse impulsado a actuar ciertos comportamientos o mentales actúa una y otra vez?	0	1	2	3	4	
XI.	18. Sentirse desapegado o distante de tú mismo, tu cuerpo, tu entorno físico, o tus recuerdos?	0	1	2	3	4	
XII.	19. Sin saber quién eres realmente o ¿qué quieres de la vida?	0	1	2	3	4	
	20. No sentirse cerca de los demás personas o disfrutar de tu relaciones con ellos?	0	1	2	3	4	
XIII.	21. Beba al menos 4 tragos de cualquier tipo de alcohol en un solo ¿día?	0	1	2	3	4	
	22. Fumar cualquier cigarrillo, un cigarro, o pipa, o usar rapé o ¿mascando tabaco?	0	1	2	3	4	
	23. Utilice cualquiera de los siguientes medicamentos POR SU CUENTA, es decir, sin médico prescripción, en mayor cantidades o más que prescrito [por ejemplo, analgésicos (como Vicodin), estimulantes (como Ritalin o Adderall), sedantes o tranquilizantes (como pastillas para dormir o Valium), o drogas como marihuana, cocaína o crack, drogas de club (como el éxtasis), alucinógenos (como el LSD), heroína, inhalantes o disolventes (como pegamento), o metanfetamina (como velocidad)]?	0	1	2	3	4	

Síntoma transversal de nivel 1 del DSM-5 clasificado por padres/tutores
Medida: niños de 6 a 17 años

Machine Translated by Google

El nombre del niño:_____ Edad: _____ Fecha:_____

Relación con el niño: _____

Instrucciones (para el padre o tutor del niño): Las preguntas a continuación se refieren a cosas que podrían haber molestado a su hijo. Para
En cada pregunta, encierre en un círculo el número que mejor describa cuánto (o con qué frecuencia) cada problema ha molestado a su hijo.
durante las últimas DOS (2) SEMANAS.

	Durante las últimas DOS (2) SEMANAS, ¿Cuánto (o con qué frecuencia) ha niño…	Ninguno No en todo	Leve Extraño, menos que un día o dos	Leve Varios días	Moderado Más de la mitad los días	Severo Cerca de cada día	más alto Dominio Puntaje (médico)
I.	1. Se quejaba de dolores de estómago, dolores de cabeza u otros dolores y ¿esfuerzos?	0	1	2	3	4	
	2. Dijo que estaba preocupado su salud o sobre cómo conseguir ¿enfermo?	0	1	2	3	4	
II.	3. Tuvo problemas para dormir, es decir, problemas para conciliar el sueño, quedarse ¿dormir o despertar demasiado temprano?	0	1	2	3	4	
III.	4. Tuvo problemas para prestar atención cuando estaba en clase o haciendo su tarea o leyendo un libro o jugando ¿juego?	0	1	2	3	4	
IV.	5. Me divertí menos haciendo cosas que él/ella solía hacerlo?	0	1	2	3	4	
	6. Parecía triste o deprimido por ¿varias horas?	0	1	2	3	4	
v. yVI.	7. Parecía más irritable o más fácil. ¿Estás molesto de lo habitual?	0	1	2	3	4	
	8. Parecía enojado o perdido. ¿temperamento?	0	1	2	3	4	
VII.	9. Iniciar muchos más proyectos que habitual o haciendo más riesgoso cosas de lo habitual?	0	1	2	3	4	
	10. Dormir menos de lo habitual durante él/ella pero todavía tiene muchos ¿energía?	0	1	2	3	4	
VIII.	11. Dijo que se sentía nervioso, ansioso, o asustado?	0	1	2	3	4	
	12. ¿No has podido dejar de preocuparte?	0	1	2	3	4	
	13. Dijo que no podía hacer cosas. él/ella quería o debería lo han hecho porque hicieron ¿Se siente nervioso?	0	1	2	3	4	
850 IX.	14. Dijo que escuchó voces. cuando no había nadie allí hablando de él/ella o decirle qué hacer o ¿Le dice cosas malas?	0	1	2	3	4	
	15. Dijo que tuvo una visión cuando él/ella estaba completamente despierto	0	1	2	3	4	

Machine Translated by Google

		—es decir, vio algo o alguien que nadie más podría ¿ver?						
X.	16.	Dijo que tenía pensamientos que seguía viniendo a su mente que él/ella haría algo malo o que algo malo le pasaría a él/ella o a ¿alguien más?	0	1	2	3	4	
	17.	Dijo que sentía la necesidad de comprobarlo. en ciertas cosas una y otra vez otra vez, como si una puerta estuviera bloqueada o si la estufa estaba apagado?	0	1	2	3	4	
	18.	Parecía preocuparse mucho por cosas que tocó siendo sucio o tener gérmenes o estar envenenado?	0	1	2	3	4	
	19.	Dijo que tenía que hacer cosas de cierta manera, como contar o decir cosas especiales fuerte, para mantener algo malo de ¿sucediendo?	0	1	2	3	4	
		En las últimas DOS (2) SEMANAS, ¿su hijo...?						
XI.	20.	Consumió una bebida alcohólica (cerveza, vino, licor, etc.)?	Sí		No	No sé		
	21.	Fumó un cigarrillo, un cigarro o pipa, o rapé usado o masticado ¿tabaco?	Sí		No	No sé		
	22.	Drogas usadas como marihuana, cocaína o crack, drogas de club (como el éxtasis), alucinógenos (como LSD), heroína, inhalantes o disolventes (como pegamento), o ¿Metanfetamina (como speed)?	Sí		No	No sé		
	23.	Usó algún medicamento sin prescripción médica (p. ej., analgésicos [como Vicodin], estimulantes [como Ritalin o Adderall], sedantes o tranquilizantes [como pastillas para dormir o Valium], o esteroides)?	Sí		No	No sé		
XII.	24.	En las últimas DOS (2) SEMANAS, ¿Ha hablado de querer? suicidarse o sobre ¿quieres suicidarte?	Sí		No	No sé		
	25.	¿Alguna vez ha intentado matar? ¿el mismo ella misma?	Sí		No	No sé		

Dimensiones de la gravedad de los síntomas de la psicosis calificadas por el médico

Como se describe en el capítulo “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, los psicóticos
Los trastornos son heterogéneos y la gravedad de los síntomas puede predecir aspectos importantes de la enfermedad.

Machine Translated by Google

como el grado de déficit cognitivo y/o neurobiológico. Las evaluaciones dimensionales capturan variaciones significativas en la gravedad de los síntomas, lo que puede ayudar con la planificación del tratamiento, la toma de decisiones de pronóstico y la investigación de los mecanismos fisiopatológicos. La medida de gravedad de los síntomas de la psicosis calificada por el médico proporciona escalas para la evaluación dimensional de los síntomas primarios de la psicosis, incluidas alucinaciones, delirios, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. También se incluye una escala para la valoración dimensional del deterioro cognitivo. Muchos individuos con trastornos psicóticos tienen deficiencias en una variedad de dominios cognitivos, que predicen las capacidades funcionales y el pronóstico. Además, se proporcionan escalas para la evaluación dimensional de la depresión y la manía, que pueden alertar a los médicos sobre patologías del estado de ánimo concurrentes. La gravedad de los síntomas del estado de ánimo en la psicosis tiene valor pronóstico y puede guiar el tratamiento.

Las dimensiones de gravedad de los síntomas de psicosis calificadas por el médico son una medida de 8 ítems que el médico puede completar en el momento de la evaluación clínica. Cada ítem le pide al médico que califique la gravedad de cada síntoma experimentado por el individuo cuando fue más severo durante los últimos 7 días.

Puntuación e interpretación

Cada ítem de la medida se califica en una escala de 5 puntos (0 = ninguno; 1 = equívoco; 2 = presente, pero leve; 3 = presente y moderado; y 4 = presente y grave) con una escala de síntomas específica. definición de cada nivel de calificación. El médico revisa toda la información disponible del individuo y, según su criterio clínico, selecciona (con una marca de verificación) el nivel que describe con mayor precisión la gravedad del dominio de los síntomas. Luego, el médico indica la puntuación de cada elemento en la columna "Puntuación" proporcionada.

Frecuencia de uso

Para rastrear los cambios en la gravedad de los síntomas del individuo a lo largo del tiempo, la medida puede completarse a intervalos regulares según esté clínicamente indicado, dependiendo de la estabilidad de los síntomas del individuo y el estado del tratamiento. Puntuaciones consistentemente altas en un dominio particular pueden indicar áreas significativas y problemáticas para el individuo que podrían justificar una evaluación, tratamiento y seguimiento adicionales. El juicio clínico siempre debe guiar la toma de decisiones.

Dimensiones de la gravedad de los síntomas de la psicosis calificadas por el médico

Nombre:_____ Edad: _____ Fecha:_____

Instrucciones: Con base en toda la información que tiene sobre el individuo y utilizando su criterio clínico, califique (con marca de verificación) la presencia y gravedad de los siguientes síntomas experimentados por el individuo, cuando cada síntoma fue más severo, en los últimos siete (7) días.

Dominio 0		1	2	3	4	Puntaje
I. Alucinaciones	No presente	Equívoco (gravedad o la duración no es suficiente para ser considerada psicosis)	Presente, pero leve (poca presión para actuar ante voces u otro tipo de alucinaciones, no muy	Presente y moderado (cierta presión para responder a voces u otros tipos de alucinaciones,	Presente y severo (presión severa para responder a voces u otros tipos de alucinaciones, o está muy molesto	

Machine Translated by Google

			Molesto por alucinaciones)	o le molestan un poco las alucinaciones)	por alucinaciones)	
II. Delirios	No presentes	Equívoco (gravedad o duración insuficiente para ser considerada psicosis)	Presente, pero leve (poca presión para actuar según creencias delirantes, no le molestan mucho dichas creencias)	Presente y moderado (cierta presión para actuar basándose en creencias delirantes, o le molestan un poco dichas creencias)	Presente y grave (presión severa para actuar según creencias delirantes, o le molestan mucho dichas creencias)	
III. Desorganizado	No habla presente	Equívoco (gravedad o duración no suficiente para ser considerada desorganización)	Presente, pero leve (alguna dificultad para seguir el habla)	Presente y moderado (el discurso suele ser difícil de seguir)	Presente y severo (habla casi imposible de seguir)	
IV. Anormal comportamiento psicomotor	No	Equívoco (severidad o presente la duración no es suficiente para ser considerada anormal comportamiento psicomotor)	Presente, pero leve (comportamiento motor anormal o extraño ocasional o catatonia)	Presente y moderado (comportamiento motor anormal o extraño frecuente o catatonia)	Presente y grave (comportamiento motor anormal o extraño o catatonia casi constante)	
853 V. Síntomas negativos (expresión emocional restringida o abulia)	No prosodia	Disminución equívoca de la expresividad facial, presente, gestos o conducta autoiniciada	Disminución presente, pero leve, de la expresividad facial, la prosodia, los gestos o el comportamiento autoiniciado	Disminución presente y moderada de la expresividad facial, la prosodia, los gestos o el comportamiento autoiniciado.	Disminución presente y grave de la expresividad facial, la prosodia, los gestos o el comportamiento autoiniciado.	
VI. Cognición deteriorada	No presente	Equívoco (la función cognitiva no está claramente fuera del rango esperado para la edad o el NSE; es decir, dentro de 0,5 DE de la media)	Presente, pero leve (alguna reducción en la función cognitiva; por debajo de lo esperado para la edad y el NSE, 0,5 a 1 DE de la media)	Presente y moderado (clara reducción de la función cognitiva; por debajo de lo esperado para la edad y el NSE, 1–2 SD de la media)	Presente y grave (reducción grave de la función cognitiva; por debajo de lo esperado para la edad y el NSE, > 2 DE de la media)	
VII. Depresión	No	Equívoca (ocasionalmente presente) se siente triste, deprimido, deprimido o desesperado; preocupado por haberle fallado a alguien o en algo pero no preocupado)	Presente, pero leve (períodos frecuentes de sentirse muy triste, deprimido, moderadamente deprimido o desesperado; preocupado por haber fracasado alguien o en algo, con alguno preocupación)	Presente y moderado (períodos frecuentes de depresión profunda o desesperanza; preocupación por la culpa, pasado hacer hecho mal)	Presente y grave (profundamente deprimido o desesperado a diario; culpa delirante o autorreproche irrazonable, muy desproporcionado con las circunstancias)	
VIII. Manía	No presente	Equívoca (estado de ánimo ocasionalmente elevado, expansivo o irritable o alguna inquietud)	Presente, pero leve (períodos frecuentes de estado de ánimo o inquietud algo elevado, expansivo o irritable)	Presente y moderado (períodos frecuentes de estado de ánimo muy elevado, expansivo o irritable).	Presente y grave (estado de ánimo o inquietud diario y muy elevado, expansivo o irritable)	

Machine Translated by Google

				o inquietud)		

Nota. DE = desviación estándar; NSE = estatus socioeconómico.

Programa de Evaluación de Discapacidad 2.0 de la Organización Mundial de la Salud La versión autoadministrada para adultos del Programa de Evaluación de Discapacidad 2.0 de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0) es una medida de 36 ítems que evalúa la discapacidad en adultos de 18 años o más. Ha sido validado en numerosas culturas de todo el mundo y ha demostrado sensibilidad al cambio. Evalúa la discapacidad en seis dominios, que incluyen comprensión y comunicación, desplazamiento, autocuidado, llevarse bien con las personas, actividades de la vida (es decir, actividades domésticas, laborales y/o escolares) y participación en la sociedad. Si el individuo adulto tiene una capacidad disminuida y no puede completar el formulario (por ejemplo, un paciente con un trastorno neurocognitivo importante), un informante informado puede completar la versión de la medida administrada por apoderado, que está disponible en www.psychiatry.org/dsm5 . Cada ítem de la versión autoadministrada de WHODAS 2.0 le pide al individuo que califique cuánta dificultad ha tenido en áreas específicas de funcionamiento durante los últimos 30 días.

Instrucciones de puntuación de WHODAS 2.0 proporcionadas por la OMS

Puntajes resumidos de WHODAS 2.0. Hay dos opciones básicas para calcular las puntuaciones resumidas de la versión completa de 36 ítems de WHODAS 2.0.

Simple: las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems (“ninguno” (1), “leve” (2), “moderado” (3), “grave” (4) y “extremo” (5) se suman para una puntuación bruta total máxima de 180. Este método se conoce como puntuación simple porque las puntuaciones de cada uno de los ítems simplemente se suman sin recodificar ni colapsar las categorías de respuesta; por lo tanto, no hay ponderación de elementos individuales. Este enfoque es práctico de utilizar como método de puntuación manual y puede ser el método de elección en entornos clínicos muy concurridos o en situaciones de entrevistas con papel y lápiz. Como resultado, la simple suma de las puntuaciones de los ítems en todos los dominios constituye una estadística suficiente para describir el grado de limitaciones funcionales.

Complejo: El método más complejo de puntuación se denomina puntuación basada en la “teoría de respuesta al ítem” (IRT). Tiene en cuenta múltiples niveles de dificultad para cada elemento de WHODAS 2.0. Toma la codificación para cada respuesta de ítem como “ninguno”, “leve”, “moderado”, “severo” y “extremo” por separado, y luego requiere una computadora para determinar la puntuación resumida ponderando diferencialmente los ítems y los niveles de gravedad. El programa informático está disponible en el sitio Web de la OMS. La puntuación tiene tres pasos:

- Paso 1: Suma de las puntuaciones de los ítems recodificados dentro de cada dominio (es decir, para cada ítem, las opciones de respuesta 1 a 5 se convierten a una tasa de 0 a 4, lo que lleva a una puntuación bruta total de 144).
- Paso 2: Suma de las puntuaciones de los seis dominios.
- Paso 3: convertir la puntuación resumida en una métrica que va de 0 a 100 (donde 0 = sin discapacidad; 100 = discapacidad total).

Puntuaciones de dominio WHODAS 2.0. WHODAS 2.0 produce puntuaciones específicas para seis dominios de funcionamiento diferentes: cognición, movilidad, autocuidado, llevarse bien, actividades de la vida (hogar y

Machine Translated by Google

trabajo/escuela) y participación.

Normas poblacionales WHODAS 2.0. Para conocer las normas poblacionales para las puntuaciones basadas en IRT de WHODAS 2.0 y la distribución poblacional de las puntuaciones basadas en IRT para WHODAS 2.0, consulte www.who.int/classifications/icf/Pop_norms_distrib_IRT_scores.pdf.

Guía adicional de puntuación e interpretación para usuarios del DSM-5-TR Se le pide al médico que revise la respuesta del individuo en cada ítem de la medida durante la entrevista clínica e indique la puntuación autoinformada para cada ítem en la sección proporcionada para "Uso del médico". Solo." Sin embargo, si el médico determina que la puntuación de un ítem debe ser diferente según la entrevista clínica y otra información disponible, puede indicar una puntuación corregida en el cuadro de puntuación bruta del ítem. Según los hallazgos de los ensayos de campo del DSM-5 en muestras de pacientes adultos en seis sitios en los Estados Unidos y uno en Canadá, el DSM-5-TR recomienda el cálculo y el uso de puntuaciones promedio para cada dominio y para la discapacidad general.

Las puntuaciones promedio son comparables a la escala de 5 puntos de WHODAS, que permite al médico pensar en la discapacidad del individuo en términos de ninguna (1), leve (2), moderada (3), grave (4) o extrema (5).). Se encontró que las puntuaciones promedio de dominio y discapacidad general eran confiables, fáciles de usar y clínicamente útiles para los médicos en los ensayos de campo del DSM-5. La puntuación promedio del dominio se calcula dividiendo la puntuación bruta del dominio por el número de ítems del dominio (por ejemplo, si todos los ítems dentro del dominio “comprensión y comunicación” se califican como moderados, entonces el puntaje promedio del dominio sería 18/ 6 = 3, indica discapacidad moderada). La puntuación promedio de discapacidad general se calcula dividiendo la puntuación general bruta por el número de elementos de la medida (es decir, 36). Se debe alentar al individuo a completar todos los elementos del WHODAS 2.0. Si no se da respuesta a 10 o más ítems de la medida (es decir, más del 25% de los 36 ítems totales), el cálculo de las puntuaciones de discapacidad general simple y promedio puede no ser útil. Si faltan 10 o más ítems del total de la medida, pero los ítems de algunos de los dominios están completos entre un 75% y un 100%, se pueden utilizar las puntuaciones de dominio simple o promedio para esos dominios.

Frecuencia de uso Para rastrear el cambio en el nivel de discapacidad del individuo a lo largo del tiempo, la medida puede completarse a intervalos regulares según esté clínicamente indicado, dependiendo de la estabilidad de los síntomas del individuo y el estado del tratamiento. Puntuaciones consistentemente altas en un dominio particular pueden indicar áreas significativas y problemáticas para el individuo que podrían justificar una mayor evaluación e intervención.

Machine Translated by Google

WHODAS 2.0

World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

36-item version, self-administered

Patient Name: _____ **Age:** _____ **Date:** _____

This questionnaire asks about difficulties due to health/mental health conditions. Health conditions include **diseases or illnesses, other health problems that may be short or long lasting, injuries, mental or emotional problems, and problems with alcohol or drugs.** Think back over the **past 30 days** and answer these questions thinking about how much difficulty you had doing the following activities. For each question, please circle only **one** response.

							Clinician Use Only		
Numeric scores assigned to each of the items:		1	2	3	4	5	Raw Item Score	Raw Domain Score	Average Domain Score
In the last 30 days, how much difficulty did you have in:									
Understanding and communicating									
D1.1	Concentrating on doing something for ten minutes?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D1.2	Remembering to do important things?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D1.3	Analyzing and finding solutions to problems in day-to-day life?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D1.4	Learning a new task, for example, learning how to get to a new place?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do		___ 30	___ 5
D1.5	Generally understanding what people say?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D1.6	Starting and maintaining a conversation?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
Getting around									
D2.1	Standing for long periods, such as 30 minutes?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D2.2	Standing up from sitting down?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D2.3	Moving around inside your home?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do		___ 25	___ 5
D2.4	Getting out of your home?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D2.5	Walking a long distance, such as a kilometer (or equivalent)?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
Self-care									
D3.1	Washing your whole body?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D3.2	Getting dressed?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D3.3	Eating?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do		___ 20	___ 5
D3.4	Staying by yourself for a few days?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
Getting along with people									
D4.1	Dealing with people you do not know?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D4.2	Maintaining a friendship?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D4.3	Getting along with people who are close to you?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do		___ 25	___ 5
D4.4	Making new friends?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D4.5	Sexual activities?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			

Machine Translated by Google

							Clinician Use Only		
Numeric scores assigned to each of the items:		1	2	3	4	5	Raw Item Score	Raw Domain Score	Average Domain Score
In the last 30 days, how much difficulty did you have in:									
Life activities—Household									
D5.1	Taking care of your household responsibilities?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D5.2	Doing most important household tasks well?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D5.3	Getting all of the household work done that you needed to do?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do		___ 20	___ 5
D5.4	Getting your household work done as quickly as needed?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
Life activities—School/Work									
If you work (paid, non-paid, self-employed) or go to school, complete questions D5.5–D5.8, below. Otherwise, skip to D6.1.									
Because of your health condition, in the past 30 days, how much difficulty did you have in:									
D5.5	Your day-to-day work/school?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D5.6	Doing your most important work/school tasks well?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D5.7	Getting all of the work done that you need to do?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do		___ 20	___ 5
D5.8	Getting your work done as quickly as needed?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
Participation in society									
In the past 30 days:									
D6.1	How much of a problem did you have in joining in community activities (for example, festivities, religious, or other activities) in the same way as anyone else can?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D6.2	How much of a problem did you have because of barriers or hindrances around you?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D6.3	How much of a problem did you have living with dignity because of the attitudes and actions of others?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D6.4	How much time did you spend on your health condition or its consequences?	None	Some	Moderate	A Lot	Extreme or cannot do		___ 40	___ 5
D6.5	How much have you been emotionally affected by your health condition?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D6.6	How much has your health been a drain on the financial resources of you or your family?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D6.7	How much of a problem did your family have because of your health problems?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D6.8	How much of a problem did you have in doing things by yourself for relaxation or pleasure?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
						General Disability Score (Total):		___ 180	___ 5

© World Health Organization, 2012. All rights reserved. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), World Health Organization, 2010, Geneva.

The World Health Organization has granted the Publisher permission for the reproduction of this instrument. This material can be reproduced without permission by clinicians for use with their own patients. Any other use, including electronic use, requires written permission from WHO.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Cultura y diagnóstico psiquiátrico

Este capítulo proporciona información básica sobre la integración de la cultura y el contexto social en los diagnósticos clínicos, con secciones sobre términos clave, formulación cultural y conceptos culturales de angustia.

- La primera sección define términos que son esenciales para el resto del capítulo: cultura, raza y etnia.
- La sección Formulación cultural presenta un esquema para una evaluación cultural sistemática centrada en la persona que está diseñada para ser utilizada por cualquier médico que brinde servicios a cualquier individuo en cualquier entorno de atención. Esta sección también incluye un protocolo de entrevista, la Entrevista de Formulación Cultural, que pone en práctica estos componentes. Las presentaciones de los síntomas, las interpretaciones de la enfermedad o situación que precipita la atención y las expectativas de búsqueda de ayuda siempre están influenciadas por los antecedentes culturales y los contextos socioculturales de los individuos. Una evaluación cultural centrada en la persona puede ayudar a mejorar la atención de cada individuo, independientemente de sus antecedentes. La formulación cultural puede ser especialmente útil para las personas que se ven afectadas por disparidades en la atención médica impulsadas por desventajas y discriminación sistémicas.
- La sección Conceptos culturales de angustia describe las formas en que las personas expresan, informan e interpretan experiencias de enfermedad y angustia. Los conceptos culturales de angustia incluyen modismos, explicaciones o causas percibidas y síndromes. Los síntomas se expresan y comunican utilizando modismos culturales de angustia: comportamientos o términos lingüísticos, metáforas, frases o formas de hablar sobre síntomas, problemas o sufrimiento que suelen utilizar personas con antecedentes culturales similares para transmitir una amplia gama de preocupaciones. Estos modismos pueden usarse para un amplio espectro de angustia y pueden no indicar un trastorno psiquiátrico. Los modismos contemporáneos comunes en los Estados Unidos incluyen "agotamiento", "sentirse estresado", "crisis nerviosa" y "sentirse deprimido", en el sentido de experimentar insatisfacción o desánimo que no cumple con los criterios de ningún trastorno psiquiátrico. Las explicaciones y síndromes culturalmente específicos también son comunes y están ampliamente distribuidos entre las poblaciones. Esta sección también proporciona algunos ejemplos ilustrativos de modismos, explicaciones y síndromes de diversas regiones geográficas. Se eligieron los ejemplos porque han sido bien estudiados y su falta de familiaridad para muchos médicos estadounidenses resalta sus expresiones verbales y conductuales específicas y sus funciones comunicativas.

Términos clave

Comprender el contexto cultural de la experiencia de la enfermedad es esencial para una evaluación diagnóstica y un tratamiento clínico eficaces.

La cultura se refiere a sistemas de conocimientos, conceptos, valores, normas y prácticas que se aprenden y se transmiten de generación en generación. La cultura incluye el idioma, la religión y la espiritualidad, las estructuras familiares, las etapas del ciclo de vida, los rituales ceremoniales, las costumbres y las formas de entender la salud y la enfermedad, así como los sistemas morales, políticos, económicos y legales. Las culturas son sistemas abiertos y dinámicos que sufren cambios continuos a lo largo del tiempo; en el mundo contemporáneo, la mayoría

Machine Translated by Google

Los individuos y los grupos están expuestos a múltiples contextos culturales, que utilizan para moldear sus propias identidades y darle sentido a la experiencia. Este proceso de creación de significado se deriva de experiencias sociales cotidianas y de desarrollo en contextos específicos, incluida la atención médica, que pueden variar para cada individuo. Gran parte de la cultura implica conocimientos previos, valores y suposiciones que permanecen implícitos o supuestos y, por lo tanto, pueden ser difíciles de describir para los individuos.

Estas características de la cultura hacen que sea crucial no generalizar excesivamente la información cultural ni estereotipar grupos en términos de rasgos culturales fijos. En relación con el diagnóstico, es esencial reconocer que todas las formas de enfermedad y angustia, incluidos los trastornos del DSM, están determinadas por los contextos culturales. La cultura influye en cómo los individuos moldean sus identidades, así como en cómo interpretan y responden a los síntomas y enfermedades.

La raza es una construcción social, no biológica, que divide a la humanidad en grupos basándose en una variedad de rasgos físicos superficiales, como el color de la piel, que se han considerado erróneamente como indicadores de atributos y capacidades que se suponen inherentes al grupo. Las categorías y constructos raciales han variado a lo largo de la historia y entre las sociedades y se han utilizado para justificar sistemas de opresión, esclavitud y genocidio. El concepto de raza es importante para la psiquiatría porque puede conducir a ideologías raciales, racismo, discriminación y opresión y exclusión social, que tienen fuertes efectos negativos en la salud mental. Hay pruebas de que el racismo puede exacerbar muchos trastornos psiquiátricos, contribuyendo a malos resultados, y que los prejuicios raciales pueden afectar el diagnóstico.
evaluación.

La etnicidad es una identidad grupal construida culturalmente que se utiliza para definir pueblos y comunidades. Puede tener sus raíces en una historia, ascendencia, geografía, idioma, religión u otras características comunes de un grupo que lo distinguen de los demás. La etnicidad puede ser autoasignada o atribuida por personas externas. La creciente movilidad, los matrimonios mixtos y la mezcla de grupos culturales han definido nuevas identidades étnicas mixtas, múltiples o híbridas. Estos procesos también pueden conducir a la dilución de la identificación étnica.

La cultura, la raza y el origen étnico pueden estar relacionados con desigualdades estructurales políticas, económicas y sociales asociadas con el racismo y la discriminación que resultan en disparidades en la salud. Las identidades culturales, étnicas y racializadas pueden ser fuentes de fortaleza y apoyo grupal que mejoran la resiliencia. También pueden conducir a conflictos psicológicos, interpersonales e intergeneracionales o a dificultades de adaptación que requieren un diagnóstico y una evaluación clínica social y culturalmente informados. Términos clave adicionales relacionados con la racialización y el racismo se definen en la Introducción de la Sección I del DSM-5-TR, bajo “Cuestiones culturales y sociales estructurales”, en la subsección “Impacto del racismo y la discriminación en el diagnóstico psiquiátrico”.

Formulación cultural

Esquema para la formulación cultural

El Esquema para la formulación cultural introducido en el DSM-IV proporcionó un marco para evaluar información sobre las características culturales del problema de salud mental de un individuo y cómo se relaciona con un contexto e historia social y cultural. Esta evaluación proporciona información útil sobre el contexto social y la experiencia de enfermedad relevante para la evaluación de cada individuo, no solo de aquellos cuyos antecedentes culturales pueden ser desconocidos para el médico.

Machine Translated by Google

Actualizado desde el DSM-5, el DSM-5-TR incluye una versión ampliada del Esquema y un enfoque de evaluación mediante la Entrevista de Formulación Cultural (CFI), que ha sido probada en el campo entre médicos, pacientes y familiares acompañantes y se ha demostrado que es eficaz. una herramienta de evaluación cultural factible, aceptable y útil.

El Esquema para la Formulación Cultural exige una evaluación sistemática de las siguientes categorías:

- Identidad cultural del individuo: Describa la demografía del individuo (p. ej., edad, género, origen étnico-racial) u otras características definidas social y culturalmente que puedan influir en las relaciones interpersonales, el acceso a los recursos y los desafíos, conflictos o situaciones actuales y de desarrollo. Otros aspectos clínicamente relevantes de la identidad pueden incluir la afiliación religiosa y la espiritualidad, la clase socioeconómica, la casta, los lugares personales y familiares de nacimiento y crecimiento, la condición de migrante, la ocupación y la orientación sexual, entre otros. Tenga en cuenta qué aspectos de la identidad son priorizados por el individuo y cómo interactúan (interseccionalidad), lo que puede reflejar la influencia del entorno clínico y los problemas de salud. En el caso de los inmigrantes, se debe tener en cuenta el grado y los tipos de implicación tanto con los contextos culturales de origen como con los nuevos contextos culturales. De manera similar, para las personas que se identifican con grupos racializados y étnicos, se debe anotar el grado de interacción e identificación con su propio grupo y otros segmentos de la sociedad. Las habilidades, preferencias y patrones de uso del lenguaje son relevantes para identificar dificultades con el acceso a la atención, la integración social y la comunicación clínica o la necesidad de un intérprete.
- Conceptos culturales de angustia: Describa las construcciones culturales que influyen en cómo el individuo experimenta, comprende y comunica sus síntomas o problemas a los demás. Estos constructos incluyen modismos culturales de angustia, explicaciones culturales o causas percibidas y síndromes culturales. El nivel de gravedad y significado de las experiencias angustiosas debe evaluarse en relación con las normas del entorno cultural del individuo. Los síntomas prioritarios, la gravedad percibida de la enfermedad, el nivel de estigma asociado y los resultados previstos son todos relevantes. Obtenga las expectativas y planes de búsqueda de ayuda del individuo y de su familia o amigos, así como los patrones de autoafrontamiento y su conexión con los conceptos culturales de angustia del individuo, incluidas las experiencias pasadas de búsqueda de ayuda. La evaluación de los patrones de afrontamiento y de búsqueda de ayuda debe considerar el uso de fuentes de atención profesionales y tradicionales, alternativas o complementarias.
- Factores estresantes psicosociales y características culturales de vulnerabilidad y resiliencia: identificar factores estresantes, desafíos y apoyos clave en el entorno social del individuo (que pueden incluir eventos tanto locales como distantes). Estos incluyen determinantes sociales de la salud mental del individuo, como el acceso a recursos (por ejemplo, vivienda, transporte) y oportunidades (por ejemplo, educación, empleo); exposición al racismo, la discriminación y la estigmatización institucional sistémica; y marginación o exclusión social (violencia estructural). También evalúe el papel de la religión, la familia y otras relaciones interpersonales y redes sociales (p. ej., amigos, vecinos, compañeros de trabajo, foros o grupos en línea) a la hora de causar estrés o brindar apoyo emocional, instrumental e informativo. Los factores estresantes sociales y los apoyos sociales varían según el contexto social, la estructura familiar, las tareas de desarrollo y el significado cultural de los eventos. Los niveles de funcionamiento, discapacidad y resiliencia deben evaluarse a la luz de los antecedentes culturales del individuo.
- Características culturales de la relación entre el individuo y el médico, el equipo de tratamiento y la institución: identificar diferencias en antecedentes culturales, idioma, educación y estatus social, entre otros aspectos de la identidad entre un individuo y un médico (o el equipo de tratamiento y la institución) que puede causar dificultades en la comunicación y puede influir en el diagnóstico y el tratamiento. Considerando las formas en que los individuos

y los médicos están posicionados socialmente y se perciben unos a otros en términos de categorías sociales pueden influir en la evaluación

Machine Translated by Google

proceso. Las experiencias de racismo y discriminación en la sociedad en general pueden impedir establecer confianza y seguridad en el encuentro de diagnóstico clínico. Los efectos pueden incluir problemas para provocar síntomas, malentendidos del significado cultural y clínico de los síntomas y conductas, y dificultad para establecer o mantener la relación necesaria para una evaluación precisa.
evaluación y una alianza clínica efectiva.

- Evaluación cultural general: resumir las implicaciones de los componentes de la formulación cultural identificados en secciones anteriores del Esquema para el diagnóstico diferencial de los trastornos mentales y otras cuestiones o problemas clínicamente relevantes, así como para el manejo y la intervención de tratamiento adecuados.

Entrevista de Formulación Cultural (CFI)

La Entrevista de Formulación Cultural (CFI) es un conjunto de protocolos que los médicos pueden utilizar para obtener información durante una evaluación de salud mental sobre el impacto de la cultura en aspectos clave de la presentación clínica y la atención de un individuo. El CFI consta de tres componentes: el CFI básico, un conjunto de 16 preguntas que pueden utilizarse para obtener una evaluación inicial de cualquier individuo; una versión Informante del CFI central para obtener información sobre garantías; y un conjunto de módulos complementarios para ampliar la evaluación según sea necesario. En el TPI, el término cultura incluye:

- Los procesos a través de los cuales los individuos asignan significado a la experiencia, a partir de los valores, orientaciones, conocimientos y prácticas de los diversos grupos sociales (por ejemplo, grupos étnicos, grupos religiosos, grupos ocupacionales, grupos de veteranos) y comunidades en las que participan.
- Aspectos de los antecedentes de los individuos, sus experiencias de desarrollo y sus contextos y posiciones sociales actuales que afectan su perspectiva, como edad, género, clase social, origen geográfico, migración, idioma, religión, orientación sexual, discapacidad u origen étnico o racializado.
- La influencia de la familia, los amigos y otros miembros de la comunidad (en particular, la red social del individuo) en la experiencia de enfermedad del individuo.
- Los antecedentes culturales de los proveedores de atención médica y los valores y suposiciones incorporados en la organización y prácticas de los sistemas e instituciones de atención médica que pueden afectar la interacción clínica.

Los procesos culturales implican interacciones del individuo con contextos sociales locales y más amplios. Por lo tanto, una evaluación cultural evalúa procesos tanto dentro del individuo como en el mundo social, evaluando tanto el contexto como a la persona.

El CFI es una breve entrevista semiestructurada para evaluar sistemáticamente factores culturales relevantes para el cuidado de cualquier individuo. El CFI se centra en la experiencia del individuo y los contextos sociales del problema, los síntomas o las preocupaciones clínicas. El CFI sigue un enfoque de evaluación cultural centrado en la persona al obtener información del individuo sobre sus propios puntos de vista y los de otros en su red social. Este enfoque está diseñado para evitar los estereotipos, en el sentido de que el conocimiento cultural de cada individuo afecta cómo interpreta la experiencia de la enfermedad y orienta cómo busca ayuda. Dado que el TPI se refiere a las opiniones personales del individuo, no hay respuestas correctas o incorrectas a estas preguntas. El CFI básico (y la versión para informantes) se incluye más adelante en este capítulo y está disponible en línea en www.psychiatry.org/dsm5; Los módulos complementarios también están disponibles en línea.

El CFI principal (y la versión del informante) tiene el formato de dos columnas de texto. La mano izquierda

Machine Translated by Google

La columna contiene las instrucciones para administrar el CFI y describe los objetivos para cada dominio de la entrevista. Las preguntas de la columna de la derecha ilustran cómo explorar estos dominios, pero no pretenden ser exhaustivas. Es posible que se necesiten preguntas de seguimiento para aclarar las respuestas de los individuos. Las preguntas pueden reformularse según sea necesario. El CFI pretende ser una guía para la evaluación cultural y debe usarse con flexibilidad para mantener un flujo natural de la entrevista y la relación con el individuo.

El CFI se utiliza mejor junto con la información demográfica obtenida antes de la entrevista para adaptar las preguntas del CFI a los antecedentes y la situación actual del individuo. Los dominios demográficos específicos que se explorarán con el CFI variarán según los individuos y los entornos. Una evaluación integral puede incluir lugar de nacimiento, edad, género, origen étnico o racial, estado civil, composición familiar, educación, dominio del idioma, orientación sexual, afiliación religiosa o espiritual, ocupación, empleo, ingresos e historial migratorio.

El CFI se puede utilizar en la evaluación inicial de personas de cualquier edad, en cualquier entorno clínico, independientemente de los antecedentes culturales del individuo o del médico. Las personas y los médicos que parecen compartir el mismo trasfondo cultural pueden, no obstante, diferir en aspectos relevantes para la atención. El CFI se puede utilizar en su totalidad o se pueden incorporar componentes en una evaluación clínica según sea necesario. El CFI puede ser especialmente útil en la práctica clínica cuando ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Dificultad en la evaluación diagnóstica debido a diferencias significativas en los antecedentes culturales, religiosos o socioeconómicos. del clínico y del individuo.
- Incertidumbre sobre el ajuste entre síntomas culturalmente distintivos y criterios diagnósticos.
- Dificultad para juzgar la gravedad o el deterioro de la enfermedad.
- Puntos de vista divergentes sobre los síntomas o expectativas de atención basados en experiencias previas con otros sistemas culturales de curación. y atención de la salud.
- Desacuerdo entre el individuo y el médico sobre el curso de la atención.
- Posible desconfianza hacia los servicios e instituciones convencionales por parte de personas con historias colectivas de trauma y opresión.
- Participación y adherencia limitadas al tratamiento por parte del individuo.

El CFI central enfatiza cuatro dominios de evaluación: Definición cultural del problema (preguntas 1 a 3); Percepciones culturales de causa, contexto y apoyo (preguntas 4 a 10); Factores culturales que afectan la capacidad de afrontar uno mismo y la búsqueda de ayuda en el pasado (preguntas 11 a 13); y factores culturales que afectan la búsqueda actual de ayuda (preguntas 14 a 16). Tanto el proceso centrado en la persona de realizar el CFI como la información que obtiene tienen como objetivo mejorar la validez cultural de la evaluación diagnóstica, facilitar la planificación del tratamiento y promover el compromiso y la satisfacción del individuo. Para lograr estos objetivos, el médico debe integrar la información obtenida del CFI con todo el resto del material clínico disponible en una evaluación clínica y contextual integral. Se puede utilizar una versión Informante del CFI para recopilar información colateral sobre los dominios del CFI de familiares o cuidadores.

Se han desarrollado módulos complementarios que amplían cada dominio del CFI central y guían a los médicos que desean explorar estos dominios con mayor profundidad. También se han desarrollado módulos complementarios para poblaciones específicas, como niños y adolescentes, personas mayores, cuidadores e inmigrantes y refugiados. Estos módulos complementarios son

Machine Translated by Google

mencionados en el CFI principal bajo los subtítulos pertinentes y están disponibles en línea en www.psychiatry.org/dsm5.

Entrevista de formulación cultural básica (CFI)

Los módulos complementarios utilizados para ampliar cada subtema de CFI se indican entre paréntesis.

GUÍA PARA EL ENTREVISTADOR	LAS INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR ESTÁN EN CURSIVA.
Las siguientes preguntas pretenden aclarar aspectos clave de la Presentar el problema clínico desde el punto de vista del individuo y de otros miembros de la red social del individuo (es decir, familiares, amigos u otras personas involucradas en el problema actual). Esto incluye el significado del problema, las posibles fuentes de ayuda y las expectativas de los servicios.	INTRODUCCIÓN PARA EL INDIVIDUO: Me gustaría entender los problemas que te traen hasta aquí para poder ayudarte más eficazmente. Quiero saber de tu experiencia e ideas. Le haré algunas preguntas sobre lo que está pasando y cómo lo está afrontando. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.
DEFINICIÓN CULTURAL DEL PROBLEMA	
DEFINICIÓN CULTURAL DEL PROBLEMA	
(Modelo Explicativo, Nivel de Funcionamiento)	
Obtenga la visión del individuo sobre los problemas centrales y las preocupaciones clave. Centrarse en la forma propia del individuo de entender el problema. Utilice el término, expresión o breve descripción obtenida en pregunta 1 para identificar el problema en preguntas posteriores (por ejemplo, “tu conflicto con tu hijo”).	1. ¿Qué te trae por aquí hoy? SI LA PERSONA DA POCOS DETALLES O SÓLO MENCIONA SÍNTOMAS O UN DIAGNÓSTICO MÉDICO, INVESTGUE: Las personas a menudo entienden sus problemas a su manera, que puede ser similar o diferente a cómo los médicos describen el problema. ¿Cómo describirías tu problema?
Pregunte cómo el individuo enmarca el problema para los miembros de la red social.	2. A veces las personas tienen diferentes maneras de describir su problema a sus familiares, amigos u otras personas de su comunidad. ¿Cómo les describiría su problema?
Centrarse en los aspectos del problema que más importan al individual.	3. ¿Qué es lo que más te preocupa de tu problema?
PERCEPCIONES CULTURALES DE CAUSA, CONTEXTO Y APOYO	
CAUSAS	
(Modelo Explicativo, Red Social, Adultos Mayores)	
Esta pregunta indica el significado de la condición para el individuo, que puede ser relevante para la atención clínica. Tenga en cuenta que las personas pueden identificar múltiples causas, según la faceta del problema que estén considerando.	4. ¿Por qué crees que te está pasando esto? ¿Cuáles crees que son las causas de tu [PROBLEMA]? PREGUNTE MÁS SI ES NECESARIO: Algunas personas pueden explicar su problema como resultado de cosas malas que suceden en sus vidas, problemas con otros, una enfermedad física, una razón espiritual o muchas otras causas.
Centrarse en las opiniones de los miembros de la red social del individuo. Estos pueden ser diversos y variar de los del individuo.	5. ¿Qué creen otras personas de su familia, sus amigos u otras personas de su comunidad que está causando su [PROBLEMA]?

ESTRESORES Y APOYOS	
(Red Social, Cuidadores, Estresores Psicosociales, Religión y Espiritualidad, Inmigrantes y Refugiados, Identidad Cultural, Adultos mayores, afrontamiento y búsqueda de ayuda)	
Obtener información sobre el contexto de vida del individuo, centrándose en los recursos, el apoyo social y la resiliencia. También puede investigar	6. ¿Existe algún tipo de apoyo que mejore su [PROBLEMA], como apoyo de familiares, amigos u otras personas?

Machine Translated by Google

otros apoyos (por ejemplo, de compañeros de trabajo, de participación en religión o espiritualidad).

Centrarse en los aspectos estresantes del entorno del individuo. También puede sondear, por ejemplo, problemas de relación, dificultades en el trabajo o la escuela, o discriminación.

7. ¿Existe algún tipo de estrés que empeore su [PROBLEMA], como dificultades con el dinero o problemas familiares?

PAPEL DE LA IDENTIDAD CULTURAL

(Identidad cultural, estresores psicosociales, religión y espiritualidad, inmigrantes y refugiados, adultos mayores, niños y Adolescentes)

A veces, aspectos de los antecedentes o la identidad de las personas pueden mejorar o empeorar su [PROBLEMA]. Por antecedentes o identidad me refiero, por ejemplo, a las comunidades a las que pertenece, los idiomas que habla, de dónde es usted o su familia, su raza u origen étnico, su género u orientación sexual, o su fe o religión.

Pídale al individuo que reflexione sobre los elementos más destacados de su identidad cultural. Utilice esta información para adaptar las preguntas 9 a 10 según sea necesario.

8. Para usted, ¿cuáles son los aspectos más importantes de su origen o identidad?

Obtenga aspectos de la identidad que mejoren o empeoren el problema. 9. ¿Hay algún aspecto de sus antecedentes o identidad que ¿Hacer una diferencia en su [PROBLEMA]?

Sondee según sea necesario (p. ej., empeoramiento clínico como resultado de discriminación por estatus migratorio, raza/etnia u orientación sexual).

Indague según sea necesario (por ejemplo, problemas relacionados con la migración; conflictos entre generaciones o debido a roles de género).

10. ¿Hay algún aspecto de sus antecedentes o identidad que le esté causando otras preocupaciones o dificultades?

FACTORES CULTURALES QUE AFECTAN EL Afrontamiento Personal Y LA BÚSQUEDA DE AYUDA EN EL ANTERIOR

AUTOAfrontamiento

(Afrontamiento y búsqueda de ayuda, Religión y espiritualidad, Adultos mayores, Cuidadores, Estresores psicosociales)

Aclare cómo afrontar el problema usted mismo.

11. A veces las personas tienen varias formas de lidiar con problemas como [PROBLEMA]. ¿Qué has hecho por tu cuenta para afrontar tu [PROBLEMA]?

BÚSQUEDA DE AYUDA ANTERIOR

(Afrontamiento y búsqueda de ayuda, religión y espiritualidad, adultos mayores, cuidadores, factores estresantes psicosociales, inmigrantes y refugiados, redes sociales, relación médico-paciente)

Obtenga diversas fuentes de ayuda (p. ej., atención médica, salud mental). 12. A menudo, las personas buscan ayuda de muchas fuentes diferentes, tratamientos, grupos de apoyo, asesoramiento en el trabajo, personas que incluyen diferentes tipos de médicos, ayudantes o curanderos. pasado, ¿qué tipo de tratamiento, ayuda, consejo o curación para su [PROBLEMA]? (curación, consejería religiosa o espiritual, otras formas de curación) ha buscado

Indague según sea necesario (p. ej., "¿Qué otras fuentes de ayuda tiene? ¿usado?").

INVESTIGAR SI NO DESCRIBE LA UTILIDAD DE LA AYUDA RECIBIÓ:

Aclarar la experiencia del individuo y el respeto por el pasado. ayuda.

¿Qué tipos de ayuda o tratamiento fueron más útiles? ¿Inútil?

BARRERAS

(Afrontamiento y búsqueda de ayuda, Religión y espiritualidad, Adultos mayores, Factores estresantes psicosociales, Inmigrantes y refugiados, Social Red, Relación Médico-Paciente)

Aclarar el papel de las barreras sociales para la búsqueda de ayuda, el acceso a la atención y los problemas relacionados con tratamientos previos.

Indague sobre los detalles según sea necesario (p. ej., "¿Qué se interpuso en el camino?").

13. ¿Algo le ha impedido obtener la ayuda que necesitaba? ¿necesidad?

SONDEAR SEGÚN SEA NECESARIO:

Por ejemplo, dinero, compromisos laborales o familiares, estigma o discriminación, o falta de servicios que entiendan su

Machine Translated by Google

¿Idioma o antecedentes?

FACTORES CULTURALES QUE AFECTAN LA BÚSQUEDA DE AYUDA ACTUAL

PREFERENCIAS

(Red Social, Cuidadores, Religión y Espiritualidad, Adultos Mayores, Afrontamiento y Búsqueda de Ayuda)

Aclarar las necesidades y expectativas de ayuda percibidas actualmente por el individuo, definidas de manera amplia.

Ahora hablemos un poco más sobre la ayuda que necesita.

Indague si la persona enumera sólo una fuente de ayuda (p. ej., "¿Qué otros tipos de ayuda serían útiles para usted en este momento?").

14. ¿Qué tipo de ayuda crees que te sería más útil en este momento para tu [PROBLEMA]?

Centrarse en las opiniones de la red social sobre la ayuda. buscando.

15. ¿Existen otros tipos de ayuda que su familia, amigos u otras personas hayan sugerido que serían útiles para usted ahora?

RELACIÓN CLÍNICO-PACIENTE

(Relación Médico-Paciente, Adultos Mayores)

Sacar a la luz posibles preocupaciones sobre la clínica o el médico-paciente. A veces, los médicos y los pacientes malinterpretan la relación entre sí , incluido el racismo percibido y las barreras del idioma, porque provienen de diferentes orígenes o tienen diferentes expectativas. o diferencias culturales que voluntad, la comunicación o la prestación de atención. puedan socavar la buena

Sondee los detalles según sea necesario (p. ej., "¿De qué manera?").

16. ¿Le ha preocupado esto? ¿Hay algo que podamos hacer para brindarle la atención que necesita?

Abordar posibles barreras a la atención o inquietudes sobre la clínica y la relación médico-paciente planteadas anteriormente.

Entrevista de formulación cultural (CFI)—Versión para informante

La Versión Informante del CFI recopila información colateral de un informante que tiene conocimiento de los problemas clínicos y las circunstancias de vida del individuo identificado.

Esta versión se puede utilizar para complementar la información obtenida del CFI principal o se puede utilizar en lugar del CFI principal cuando el individuo no puede proporcionar información (p. ej., niños o adolescentes, personas con psicosis florida, personas con deterioro cognitivo).

Entrevista de formulación cultural (CFI)—Versión para informante

GUÍA PARA EL ENTREVISTADOR	LAS INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR ESTÁN EN CURSIVA.
Las siguientes preguntas pretenden aclarar aspectos clave de la presentando el problema clínico desde el punto de vista del informante. significado del problema, las posibles fuentes de miembro/amigo aquí para servicios. efectivamente. Quiero saber de tu experiencia e ideas.	INTRODUCCIÓN PARA EL INFORMANTE: Me gustaría comprender los problemas que trae su visión familiar. Esto incluye el que pueda ayudarlo a usted y a él/ella con más ayuda, y las expectativas de los Haré algunas preguntas sobre lo que está pasando y cómo usted y su familiar/amigo lo están afrontando. No hay respuestas correctas o incorrectas.
	RELACIÓN CON EL PACIENTE
Aclarar la relación del informante con el individuo y/o la familia del individuo.	1. ¿Cómo describiría su relación con [INDIVIDUAL O FAMILIAR]? INDAGUE SI NO ESTÁ CLARO: ¿Con qué frecuencia ve a [INDIVIDUAL]?

Machine Translated by Google

DEFINICIÓN CULTURAL DEL PROBLEMA

Obtenga la visión del informante sobre los problemas centrales y las preocupaciones clave.

Centrarse en la forma en que el informante entiende la situación del individuo. problema.

Utilice el término, expresión o breve descripción obtenida en pregunta 1 para identificar el problema en preguntas posteriores (por ejemplo, “su conflicto con su hijo”).

2. ¿Qué trae a tu familiar/amigo aquí hoy?
SI EL INFORMANTE DA POCOS DETALLES O SÓLO MENCIONA SÍNTOMAS O UN DIAGNÓSTICO MÉDICO, INVESTIGUE:

Las personas suelen entender los problemas a su manera, que puede ser similar o diferente a la forma en que los médicos describen el problema. ¿Cómo describiría el problema de [EL INDIVIDUO]?

Pregunte cómo el informante plantea el problema a los miembros de la red social.

3. A veces las personas tienen diferentes maneras de describir el problema a familiares, amigos u otras personas de su comunidad. ¿Cómo les describiría el problema de [EL INDIVIDUO] ?

Centrarse en los aspectos del problema que más importan al informante.

4. ¿Qué es lo que más le preocupa del problema de [EL INDIVIDUO]?

PERCEPCIONES CULTURALES DE CAUSA, CONTEXTO Y APOYO

CAUSAS

Esta pregunta indica el significado de la condición para el informante, que puede ser relevante para la atención clínica.

Tenga en cuenta que los informantes pueden identificar múltiples causas según la faceta del problema que estén considerando.

5. ¿Por qué crees que le está pasando esto a [INDIVIDUAL]? ¿Cuáles cree que son las causas de su [PROBLEMA]?
PREGUNTE MÁS SI ES NECESARIO:
Algunas personas pueden explicar el problema como resultado de cosas malas que suceden en sus vidas, problemas con otros, una enfermedad física, una razón espiritual o muchas otras causas.

Centrarse en las opiniones de los miembros de la red social del individuo. Estos pueden ser diversos y variar respecto a los del informante.

6. ¿Qué creen otros miembros de la familia de [INdividuo], sus amigos u otras personas de la comunidad que está causando el [PROBLEMA] de [INDIVIDUAL]?

ESTRESORES Y APOYOS

Obtener información sobre el contexto de vida del individuo, centrándose en los recursos, el apoyo social y la resiliencia. También puede investigar otros apoyos (por ejemplo, de compañeros de trabajo, de participación en religión o espiritualidad).

7. ¿Existe algún tipo de apoyo que mejore su [PROBLEMA], como por ejemplo de familiares, amigos u otras personas?

Centrarse en los aspectos estresantes del entorno del individuo. También puede sondear, por ejemplo, problemas de relación, dificultades en el trabajo o la escuela, o discriminación.

8. ¿Hay algún tipo de estrés que empeore su [PROBLEMA], como dificultades con el dinero o problemas familiares?

PAPEL DE LA IDENTIDAD CULTURAL

A veces, aspectos de los antecedentes o la identidad de las personas pueden mejorar o empeorar el [PROBLEMA]. Por antecedentes o identidad me refiero, por ejemplo, a las comunidades a las que pertenece, los idiomas que habla, de dónde es usted o su familia, su raza u origen étnico, su género u orientación sexual y su fe o religión.

Pida al informante que reflexione sobre los elementos más destacados de la identidad cultural del individuo. Utilice esta información para adaptar las preguntas 10 y 11 según sea necesario.

9. Para usted, ¿cuáles son los aspectos más importantes de los antecedentes o la identidad de [EL INDIVIDUO]?

Obtenga aspectos de la identidad que mejoren o empeoren el problema.

Sondee según sea necesario (p. ej., empeoramiento clínico como resultado de discriminación por estatus migratorio, raza/etnia u orientación sexual).

10. ¿Existe algún aspecto de los antecedentes o la identidad de [EL INDIVIDUO] que marque una diferencia en su [PROBLEMA]?

Indague según sea necesario (por ejemplo, problemas relacionados con la migración; conflictos entre generaciones o debido a roles de género).

11. ¿Existe algún aspecto de los antecedentes o la identidad de [EL INDIVIDUO] que esté causando otras preocupaciones o dificultades para

Machine Translated by Google

¿el ella?

FACTORES CULTURALES QUE AFECTAN EL Afrontamiento Personal Y LA BÚSQUEDA DE AYUDA EN EL ANTERIOR

AUTOAfrontamiento

Aclarar la forma en que el individuo afronta el problema.

12. A veces las personas tienen varias formas de lidiar con problemas como [PROBLEMA]. ¿Qué ha hecho [INDIVIDUAL] por su cuenta para afrontar su [PROBLEMA]?

BÚSQUEDA DE AYUDA ANTERIOR

Obtenga diversas fuentes de ayuda (p. ej., atención médica, salud mental de apoyo, asesoramiento en el trabajo, curación popular, asesoramiento religioso o espiritual, otras curaciones alternativas).

13. A menudo, las personas también buscan ayuda en muchos tratamientos diferentes, grupos fuentes, incluidos diferentes tipos de médicos, ayudantes o curanderos. En el pasado, ¿qué tipo de tratamiento, ayuda, consejo o curación ha buscado [INDIVIDUAL] para su [PROBLEMA]?

Indague según sea necesario (p. ej., "¿Qué otras fuentes de ayuda tiene él/ella)? ¿usado?").

SONDEE SI NO DESCRITE LA UTILIDAD DE AYUDA RECIBIDA:

Aclarar la experiencia del individuo y el respeto por el pasado. ayuda.

¿Qué tipos de ayuda o tratamiento fueron más útiles? ¿Inútil?

BARRERAS

Aclarar el papel de las barreras sociales para la búsqueda de ayuda, el acceso a la atención y los problemas relacionados con tratamientos previos.

14. ¿Algo ha impedido que [INDIVIDUAL] obtenga la ayuda que necesita?

Indague sobre los detalles según sea necesario (p. ej., "¿Qué se interpuso en el camino?").

SONDEAR SEGÚN SEA NECESARIO:

Por ejemplo, dinero, compromisos laborales o familiares, estigma o discriminación, o falta de servicios que comprendan su idioma o sus orígenes.

FACTORES CULTURALES QUE AFECTAN LA BÚSQUEDA DE AYUDA ACTUAL

PREFERENCIAS

Aclarar las necesidades y expectativas de ayuda percibidas actualmente por el individuo, definidas de manera amplia, desde el punto de vista del informante.

Ahora hablemos de la ayuda que [INDIVIDUAL] necesita.

Indague si el informante enumera sólo una fuente de ayuda (p. ej., "¿Qué este momento?").

15. ¿Qué tipo de ayuda le sería más útil en este momento para su [PROBLEMA]? ¿Otro tipo de ayuda sería útil para [INdividuo] en

Centrarse en las opiniones de la red social sobre la ayuda. buscando.

16. ¿Existen otros tipos de ayuda que los familiares, amigos u otras personas de [EL INDIVIDUO] hayan sugerido que serían útiles para él/ella ahora?

RELACIÓN CLÍNICO-PACIENTE

Sacar a la luz posibles preocupaciones sobre la clínica o el médico-paciente. A veces, los las diferentes expectativas. o diferencias culturales que puedan socavar la buena de atención.

médicos y los pacientes se malinterpretan porque provienen de diferentes orígenes o tienen relaciones, incluido el racismo percibido, las barreras del idioma y voluntad, la comunicación o la prestación

Sondee los detalles según sea necesario (p. ej., "¿De qué manera?").

17. ¿Le ha preocupado esto? ¿Hay algo que podamos hacer para brindarle a [INDIVIDUAL] la atención que necesita?

Abordar posibles barreras a la atención o inquietudes sobre la clínica y la relación médico-paciente planteadas anteriormente.

Machine Translated by Google

Conceptos culturales de angustia

Relevancia para la evaluación diagnóstica El término conceptos

culturales de angustia se refiere a las formas en que los individuos experimentan, comprenden y comunican el sufrimiento, los problemas de conducta o los pensamientos y emociones preocupantes. Se pueden distinguir tres tipos principales de conceptos culturales de angustia. Los modismos culturales de angustia son formas de expresar angustia que pueden no involucrar síntomas o síndromes específicos, pero que brindan formas colectivas y compartidas de experimentar y hablar sobre preocupaciones personales o sociales. Por ejemplo, el discurso cotidiano sobre “nervios” o “depresión” puede referirse a formas muy diversas de sufrimiento sin corresponder a un conjunto discreto de síntomas, síndromes o trastornos. Las explicaciones culturales o causas percibidas son etiquetas, atribuciones o características de un modelo explicativo que indican un significado o etiología culturalmente reconocido de síntomas, enfermedades o angustia. Los síndromes culturales son grupos de síntomas y atribuciones que tienden a coexistir entre individuos de grupos, comunidades o contextos culturales específicos y que se reconocen localmente como patrones coherentes de experiencia.

Estos tres conceptos culturales de angustia (modismos culturales de angustia, explicaciones culturales y síndromes culturales) son más relevantes para la práctica clínica que la formulación anterior del síndrome ligado a la cultura. Específicamente, el término síndrome ligado a la cultura ignora el hecho de que las diferencias culturales clínicamente importantes a menudo implican explicaciones o experiencias de angustia en lugar de configuraciones de síntomas culturalmente distintivas. Además, el término cultura ligada enfatiza demasiado el grado en que los conceptos culturales de angustia se caracterizan por experiencias altamente idiosincrásicas que están restringidas a regiones geográficas específicas. La formulación actual reconoce que todas las formas de malestar tienen forma local, incluidos los trastornos del DSM. Desde esta perspectiva, muchos diagnósticos del DSM pueden entenderse como prototipos operacionalizados que comenzaron como síndromes culturales y llegaron a ser ampliamente aceptados como resultado de su utilidad clínica y de investigación. Entre los grupos persisten diferencias culturalmente modeladas en los síntomas, las formas de hablar sobre la angustia y las causas percibidas localmente, que a su vez están asociadas con estrategias de afrontamiento y patrones de búsqueda de ayuda.

Los conceptos culturales de angustia surgen de sistemas de diagnóstico locales “populares” o profesionales para la angustia mental y emocional, y también pueden reflejar la influencia de

conceptos biomédicos. Los conceptos culturales de angustia tienen cuatro características clave en relación con la nosología del DSM-5:

- Rara vez existe una correspondencia uno a uno entre cualquier concepto cultural de malestar y una entidad diagnóstica del DSM; el Es más probable que la correspondencia sea de uno a muchos en cualquier dirección. Los síntomas o conductas que el DSM-5 podría clasificar en varios trastornos pueden incluirse en un único concepto cultural de malestar, y diversas presentaciones que el DSM-5 podrían clasificarse como variantes de un único trastorno pueden clasificarse en varios conceptos distintos según un diagnostico indigena sistema.
- Los conceptos culturales de angustia pueden aplicarse a una amplia gama de síntomas y gravedad funcional, incluidas presentaciones que no cumplen con los criterios del DSM para ningún trastorno mental. Por ejemplo, un individuo con un duelo agudo o una situación social puede utilizar

Machine Translated by Google

el mismo idioma de angustia o mostrar el mismo síndrome cultural que otro individuo con psicopatología más grave.

- En el uso común, el mismo término cultural frecuentemente denota más de un tipo de concepto cultural de angustia. Un ejemplo familiar puede ser el concepto de “depresión”, que puede usarse para describir un síndrome (p. ej., trastorno depresivo mayor), un modismo de angustia (p. ej., como en la expresión común “me siento deprimido”) o una explicación. o causa percibida (p. ej., “el bebé nació con problemas emocionales porque su madre sufrió depresión durante el embarazo”).
- Al igual que la cultura y el propio DSM, los conceptos culturales de angustia pueden cambiar con el tiempo en respuesta a cambios tanto locales como globales. influencias.

Los conceptos culturales de angustia son importantes para el diagnóstico psiquiátrico por varias razones:

- Para mejorar la identificación de las preocupaciones de los individuos y la detección de psicopatología: Hacer referencia a conceptos culturales de angustia en instrumentos de detección o en revisiones de sistemas puede facilitar la identificación de las preocupaciones de los individuos y mejorar la detección de psicopatología, ya que los individuos pueden estar más familiarizados con estos conceptos culturales de angustia que con terminología profesional.

- Para evitar diagnósticos erróneos: la variación cultural en los síntomas y en los modelos explicativos asociados con estos conceptos culturales de angustia puede llevar a los médicos a juzgar erróneamente la gravedad de un problema o asignar un diagnóstico erróneo (p. ej., la sospecha socialmente justificada puede malinterpretarse como paranoia; las presentaciones de síntomas desconocidos pueden ser mal diagnosticado como psicosis).
- Para obtener información clínica útil: Las variaciones culturales en los síntomas y atribuciones pueden estar asociadas con características particulares de riesgo, resiliencia y resultado. La exploración clínica de conceptos culturales de angustia puede obtener información sobre el papel que desempeñan contextos específicos en el desarrollo y curso de los síntomas y en su respuesta a las estrategias de afrontamiento.
- Para mejorar la relación y el compromiso clínico: “Hablar el idioma del paciente”, tanto lingüísticamente como en términos de sus conceptos culturales dominantes de angustia y metáforas, puede resultar en una mayor comunicación y satisfacción, facilitar la negociación del tratamiento y conducir a una mayor retención. y adherencia.
- Para mejorar la eficacia terapéutica: la cultura influye en los mecanismos psicológicos de un trastorno, que deben comprenderse y abordarse para mejorar la eficacia clínica. Por ejemplo, las cogniciones catastróficas culturalmente específicas pueden contribuir a que los síntomas se conviertan en ataques de pánico.

- Para guiar la investigación clínica: las conexiones percibidas localmente entre conceptos culturales de angustia pueden ayudar a identificar patrones de comorbilidad y sustratos biológicos subyacentes. Los conceptos culturales de angustia, en particular los síndromes culturales, también pueden indicar trastornos o variantes no reconocidos previamente que podrían incluirse en futuras investigaciones.

revisiones nosológicas (p. ej., en un cambio con respecto al DSM-IV, se añadió el concepto de posesión a los criterios del DSM-5 para el trastorno de identidad disociativo).

- Para aclarar la epidemiología cultural: los conceptos culturales de angustia no son respaldados uniformemente por todos en un contexto cultural determinado. Distinguir modismos culturales de angustia, explicaciones culturales y síndromes culturales proporciona un enfoque para estudiar la distribución de las características culturales de la enfermedad en entornos y regiones, y a lo largo del tiempo. También sugiere preguntas sobre los determinantes culturales del riesgo, la evolución y el resultado en entornos clínicos y comunitarios para mejorar la base de evidencia de investigación cultural.

El DSM-5 incluye información sobre conceptos culturales de angustia para mejorar la precisión del diagnóstico y la exhaustividad de la evaluación clínica. La evaluación clínica de individuos que presentan estos conceptos culturales de angustia debe determinar si su presentación cumple con los criterios del DSM-5 para un trastorno específico o si, por el contrario, es mejor clasificarlo como otro.

Machine Translated by Google

diagnóstico especificado . Una vez diagnosticado el trastorno, se deben incluir los términos y explicaciones culturales en las formulaciones del caso; pueden ayudar a aclarar síntomas y atribuciones etiológicas que de otro modo podrían resultar confusas. Las personas cuyos síntomas no cumplen con los criterios del DSM para un trastorno mental específico aún pueden esperar y necesitar tratamiento; esto debe evaluarse caso por caso. Además del CFI y sus módulos informantes y complementarios, el DSM-5-TR contiene la siguiente información y herramientas que pueden resultar útiles a la hora de integrar información cultural en la práctica clínica:

- Datos en el texto actualizado del DSM-5-TR para trastornos específicos: el texto incluye información sobre variaciones culturales en la expresión de los síntomas; atribuciones de causas o precipitantes de trastornos; factores asociados con prevalencia diferencial entre grupos demográficos; normas culturales que pueden afectar el umbral de la patología y la gravedad percibida de la afección; riesgo de diagnóstico erróneo al evaluar individuos de grupos etnoraciales o marginados socialmente oprimidos; conceptos culturales asociados de angustia; y otro material relevante para el diagnóstico culturalmente informado. Es importante enfatizar que no existe una correspondencia uno a uno a nivel categórico entre los trastornos del DSM y los conceptos culturales de angustia.
  Por lo tanto, el diagnóstico diferencial de los individuos debe incorporar información sobre la variación cultural con la información obtenida por el CFI.

- Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica: Algunas de las preocupaciones clínicas identificadas por el CFI pueden corresponder a una de las condiciones o problemas enumerados en el capítulo de la Sección II “Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica” (p. ej., problemas de aculturación, problemas relacionales entre padres e hijos, problemas religiosos o espirituales), junto con
  con el código ICD-10-CM asociado.

Ejemplos de conceptos culturales de angustia Los médicos deben familiarizarse

con los conceptos culturales de angustia de los individuos para comprender sus preocupaciones y facilitar una evaluación diagnóstica precisa; El uso de la Entrevista de Formulación Cultural puede ayudar en este sentido. Se seleccionaron los siguientes diez ejemplos para ilustrar algunas de las formas en que los conceptos culturales de angustia pueden afectar el proceso de diagnóstico. Los principios ilustrados con estos ejemplos se pueden aplicar a muchos otros conceptos culturales de angustia que se encuentran en contextos culturales específicos.

El mismo término puede usarse para múltiples tipos de conceptos culturales de angustia y presentaciones clínicas, según el contexto. Potencialmente, los conceptos culturales de angustia pueden ocurrir por sí solos o coexistir con cualquier trastorno psiquiátrico e influir en la presentación clínica, el curso y el resultado. Por ejemplo, en las comunidades latinas de EE. UU., el ataque de nervios puede ser comórbido con casi todos los trastornos psiquiátricos.

Cada uno de los siguientes ejemplos de conceptos culturales de angustia incluye una descripción de “Condiciones relacionadas en el DSM-5-TR” para resaltar 1) los trastornos del DSM-5 que se superponen

fenomenológicamente con el concepto cultural de malestar (p. ej., trastorno de pánico y ataque de nervios, debido a su naturaleza paroxística y similitud de síntomas) y 2) los trastornos del DSM-5 que frecuentemente se atribuyen a la explicación o modismo causal (p. ej., PTSD y kufungisisa).

ataque de nervios

El ataque de nervios es un síndrome que se encuentra en contextos culturales latinos,

Machine Translated by Google

caracterizado por síntomas de intenso malestar emocional, que incluyen ansiedad, ira o pena agudas; gritando y gritando incontrolablemente; ataques de llanto; temblor; calor en el pecho subiendo a la cabeza; y volverse verbal y físicamente agresivo. Las experiencias disociativas (p. ej., despersonalización, desrealización, amnesia), episodios similares a convulsiones o desmayos y conducta suicida son prominentes en algunos ataques , pero ausentes en otros. Una característica general de un ataque de nervios es una sensación de estar fuera de control. Los ataques frecuentemente ocurren como resultado directo de un evento estresante relacionado con la familia, como la noticia de la muerte de un pariente cercano, conflictos con el cónyuge o los hijos, o presenciar un accidente que involucra a un miembro de la familia. Para una minoría de individuos, ningún evento social o interpersonal en particular desencadena sus ataques; en cambio, su vulnerabilidad a perder el control proviene de la experiencia acumulada de sufrimiento.

No se ha encontrado una relación individual entre el ataque y ningún trastorno psiquiátrico específico, aunque varios trastornos, incluido el trastorno de pánico, otros trastornos disociativos especificados o no especificados y el trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), tienen superposiciones sintomáticas con el ataque.

En muestras comunitarias, entre el 7% y el 15% de los adultos y entre el 4% y el 9% de los jóvenes reportan ataques entre los latinos de EE. UU., según la región y el subgrupo latino. Se asocia con pensamientos suicidas, discapacidad y utilización psiquiátrica ambulatoria, después del ajuste por diagnósticos psiquiátricos, exposición traumática y otras covariables. Sin embargo, algunos ataques representan expresiones normativas de angustia aguda (p. ej., en un funeral) sin secuelas clínicas. El término ataque de nervios también puede referirse a un modismo de angustia que incluye cualquier paroxismo de emocionalidad similar a un “ataque” (p. ej., risa histérica) y puede usarse para indicar un episodio de pérdida de control en respuesta a un factor estresante intenso.

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales. Indisposición en Haití, desmayos en varios países de las Indias Occidentales y el Caribe y desmayos en el sur de los Estados Unidos. Este uso de los términos desmayo o caída no debe confundirse con amnesia o desmayos inducidos por el alcohol u otras sustancias.

Condiciones relacionadas en el DSM-5-TR. Ataque de pánico, trastorno de pánico, otro trastorno disociativo especificado o no especificado, trastorno de síntomas neurológicos funcionales, trastorno explosivo intermitente, otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado, otro trastorno relacionado con traumas y factores estresantes especificado o no especificado.

Síndrome de Dhat

El síndrome de Dhat es un término acuñado en el sur de Asia hace poco más de medio siglo para explicar las presentaciones clínicas comunes de hombres jóvenes que atribuyeron sus diversos síntomas a la pérdida de semen. A pesar del nombre, no es un síndrome discreto sino más bien una explicación cultural de la angustia de los individuos que se refieren a diversos síntomas, como ansiedad, fatiga, debilidad, pérdida de peso, disfunción eréctil, otras múltiples quejas somáticas y estado de ánimo deprimido. La característica fundamental es la ansiedad y la angustia por la pérdida de dhat en ausencia de cualquier disfunción fisiológica identificable. Los individuos identificaron a Dhat como una secreción blanca que se notaba al defecar o orinar. Las ideas sobre esta sustancia están relacionadas con el concepto de dhatu (semen) descrito en el sistema de medicina hindú, Ayurveda, como uno de los siete fluidos corporales esenciales cuyo equilibrio es necesario para mantener la salud.

Machine Translated by Google

Aunque el síndrome de dhat se formuló como una categoría clínica para ayudar a informar la práctica clínica local, se ha demostrado que ideas relacionadas sobre los efectos nocivos de la pérdida de semen están muy extendidas en la población general, lo que sugiere una disposición cultural para explicar los problemas y síntomas de salud con referencia al dhat. -conceptos relacionados. La investigación en entornos de atención de salud ha arrojado diversas estimaciones de la prevalencia del síndrome de dhat (por ejemplo, el 64% de los hombres que asisten a clínicas psiquiátricas en la India por problemas sexuales; el 30% de los hombres que asisten a clínicas de medicina general en Pakistán). Aunque el síndrome de dhat se identifica más comúnmente en hombres jóvenes de entornos socioeconómicos más bajos, los hombres de mediana edad también pueden verse afectados. Preocupaciones comparables sobre el flujo vaginal blanco (leucorrea) se han asociado con una variante del concepto para las mujeres. El término dhat también puede usarse como modismo y explicación causal de infecciones de transmisión sexual (p. ej., gonorrea, clamidia), en ausencia de angustia psicológica.

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales. Koro en el sudeste asiático, particularmente Singapur, y shen-k'uei ("deficiencia renal") en China.

Condiciones relacionadas en el DSM-5-TR. Trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno eréctil, eyaculación precoz (precoz), otras disfunciones sexuales especificadas o no especificadas, problemas educativos.

Hikikomori

Hikikomori (un término japonés compuesto de hiku [retroceder] y moru [aislarse]) es un síndrome de retraimiento social prolongado y severo observado en Japón que puede resultar en el cese total de las interacciones personales con los demás. La imagen típica en hikikomori es la de un adolescente o adulto joven que no sale de su habitación dentro de la casa de sus padres y no tiene interacciones sociales en persona. Esta conducta puede ser inicialmente egosintónica, pero con el tiempo suele provocar angustia; a menudo se asocia con una alta intensidad de uso de Internet y con intercambios sociales virtuales. Otras características incluyen ningún interés o voluntad de asistir a la escuela o al trabajo. La directriz de 2010 del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón requiere 6 meses de aislamiento social para un diagnóstico de hikikomori. El retraimiento social extremo observado en los hikikomori puede ocurrir en el contexto de un trastorno establecido por el DSM-5 ("secundario") o manifestarse de forma independiente ("primario").

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales. Se ha informado de un aislamiento social prolongado entre adolescentes y adultos jóvenes en muchos entornos, incluidos Australia, Bangladesh, Brasil, China, Francia, India, Irán, Italia, Omán, Corea del Sur, España, Taiwán, Tailandia y Estados Unidos.
Las personas con conductas de tipo hikikomori en Japón, India, Corea del Sur y Estados Unidos tienden a mostrar altos niveles de soledad, redes sociales limitadas y deterioro funcional moderado.

Condiciones relacionadas en el DSM-5-TR. Trastorno de ansiedad social, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno del espectro autista, trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno de la personalidad por evitación, esquizofrenia u otro trastorno psicótico. La afección también puede estar asociada con el trastorno de los juegos de Internet y, en los adolescentes, con el rechazo escolar.

gorra khyâl

Los " ataques de Khyâl" (khyâl cap), o "ataques de viento", es un síndrome que se encuentra en la cultura camboyana.

Machine Translated by Google

contextos. Los síntomas comunes incluyen los de los ataques de pánico, como mareos, palpitaciones, dificultad para respirar y extremidades frías, así como otros síntomas de ansiedad y excitación autonómica (p. ej., tinnitus y dolor de cuello). Los ataques de Khyâl incluyen cogniciones catastróficas centradas en la preocupación de que el khyâl (una sustancia parecida al viento) pueda subir al cuerpo (junto con la sangre) y causar una serie de efectos graves (p. ej., comprimir los pulmones para causar

dificultad para respirar y asfixia; entrar en el cráneo y causar tinnitus, mareos, visión borrosa y un síncope fatal). Los ataques de Khyâl pueden ocurrir sin previo aviso, pero con frecuencia son provocados por desencadenantes como pensamientos preocupantes, ponerse de pie (es decir, ortostasis), olores específicos con asociaciones negativas y señales de tipo agorafóbico, como ir a lugares llenos de gente o viajar en automóvil.

Los ataques de Khyâl generalmente cumplen con los criterios de un ataque de pánico y pueden moldear la experiencia de otros trastornos relacionados con la ansiedad y el trauma y el estrés. Los ataques de Khyâl pueden estar asociados con una discapacidad considerable.

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales. Pen lom en Laos, srog rlung gi nad en el Tíbet, vata en Sri Lanka y hwa byung en Corea.

Condiciones relacionadas en el DSM-5-TR. Ataque de pánico, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad por enfermedad.

Kufungisisa

Kufungisisa (“pensar demasiado” en shona) es un modismo de angustia y una explicación cultural entre los shona de Zimbabwe. Como explicación, se considera que causa ansiedad, depresión y problemas somáticos (por ejemplo, “Me duele el corazón porque pienso demasiado”). Como modismo de angustia psicosocial, es indicativo de dificultades interpersonales y sociales (p. ej., problemas matrimoniales, falta de dinero para cuidar a los niños, desempleo). Kufungisisa implica reflexionar sobre pensamientos perturbadores, en particular preocupaciones, incluidas inquietudes sobre enfermedades físicas crónicas, como los trastornos relacionados con el VIH.

Kufungisisa se asocia con una variedad de psicopatologías, que incluyen síntomas de ansiedad, preocupación excesiva, ataques de pánico, síntomas depresivos, irritabilidad y trastorno de estrés postraumático. En un estudio de una muestra comunitaria aleatoria, dos tercios de los casos identificados mediante una medida de psicopatología general incluían esta queja.

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales. “Pensar demasiado” es un modismo común de angustia y una explicación cultural en muchos países y grupos étnicos; A pesar de algunos puntos en común entre las regiones del mundo, “pensar demasiado” muestra una importante heterogeneidad entre y dentro de los contextos culturales. Se ha descrito en África, Asia, el Caribe y América Latina, Medio Oriente y entre grupos indígenas. “Pensar demasiado” también puede ser un componente clave de síndromes culturales como el “cerebro fag” en Nigeria. En el caso del "brain fag", "pensar demasiado" se atribuye principalmente al estudio excesivo, que se considera que daña especialmente el cerebro, con síntomas que incluyen sensación de calor o sensación de hormigueo en la cabeza.

En todas las culturas, “pensar demasiado” generalmente hace referencia a pensamientos reflexivos, intrusivos y/o ansiosos, a veces centrados en una preocupación singular o un trauma pasado y otras veces basados en numerosas preocupaciones actuales. En algunos contextos, se cree que conduce a trastornos más graves, como psicosis, pensamientos suicidas o incluso la muerte.

Machine Translated by Google

Condiciones relacionadas en el DSM-5-TR. Trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de duelo prolongado.

Maladi dyab Maladi

dyab o maladi satan (literalmente “enfermedad del diablo/Satanás”, también conocida como “enfermedad enviada”) es una explicación cultural en las comunidades haitianas para diversos trastornos médicos y psiquiátricos, u otras experiencias negativas y problemas de funcionamiento. En este modelo explicativo, la envidia interpersonal y la malicia hacen que las personas dañen a sus enemigos haciendo que los brujos envíen enfermedades como psicosis, depresión, fracaso social o académico e incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Estas enfermedades tienen varios nombres (por ejemplo, ekspedisyon, mòvè zespri, kout poud) según cómo se “envían”. Esta explicación etiológica supone que la enfermedad puede ser causada por la envidia y el odio de los demás, provocados por la

el éxito económico de la víctima, como lo demuestra un nuevo trabajo o una compra costosa. Se supone que la ganancia de una persona produce la pérdida de otra, por lo que el éxito visible hace que un individuo sea vulnerable a los ataques. Asignar la etiqueta de “enfermedad enviada” depende más del modo de inicio, el estatus social y la forma de tratamiento que resulta exitoso que de la presentación de los síntomas. A esta explicación cultural se puede atribuir una amplia gama de trastornos psiquiátricos. La aparición repentina de nuevos síntomas o un cambio brusco de comportamiento hace sospechar de un ataque espiritual. Un individuo atractivo, inteligente o rico es percibido como especialmente vulnerable, e incluso los niños pequeños y sanos corren riesgo.

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales. Las preocupaciones sobre enfermedades (típicamente, enfermedades físicas) causadas por envidia o conflicto social son comunes en todos los contextos culturales y a menudo se expresan en forma de “mal de ojo” (p. ej., en español, mal de ojo; en italiano, mal'occhiu).

Condiciones relacionadas en el DSM-5-TR. Aflicción subsindrómica (p. ej., problemas relacionados con el entorno social, problemas educativos), además de una amplia gama de trastornos psiquiátricos; la explicación cultural de las fuerzas sobrenaturales puede llevar a diagnósticos erróneos de trastorno delirante de tipo persecutorio; o esquizofrenia.

nervios

Nervios (“nervios”) es un modismo cultural común de angustia y explicación causal en contextos culturales latinos en los Estados Unidos y América Latina. Nervios se refiere a un estado general de vulnerabilidad a experiencias de vida estresantes y a circunstancias de vida difíciles. El término nervios incluye una amplia gama de síntomas de angustia emocional, alteración somática e incapacidad para funcionar. Los síntomas más comunes atribuidos a los nervios incluyen dolores de cabeza y “dolores cerebrales” (tensión en el cuello occipital), irritabilidad, trastornos gastrointestinales, dificultades para dormir, nerviosismo, llanto fácil, incapacidad para concentrarse, temblores, sensaciones de hormigueo y mareos (mareos con vértigo ocasional). como exacerbaciones). Nervios es un amplio lenguaje cultural de angustia que abarca desde casos sin trastorno mental hasta presentaciones que se asemejan a trastornos de adaptación, ansiedad, depresión, disociación, síntomas somáticos o trastornos psicóticos. El término también puede referirse a una explicación cultural de múltiples formas de malestar psicológico, especialmente

Machine Translated by Google

aquellos que implican debilidad, enervación y ansiedad. Los nervios pueden indicar una variedad de afecciones, que muestran variaciones regionales, relacionadas con el sistema nervioso (literalmente, los nervios anatómicos). En las comunidades puertorriqueñas, por ejemplo, los nervios incluyen condiciones como “estar nervioso desde la infancia”, que parece ser más un rasgo y puede preceder al trastorno de ansiedad social, y “estar enfermo de los nervios”, que está más relacionado que otras formas. de los nervios a problemas psiquiátricos, especialmente disociación y depresión.

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales. Nevra entre los griegos de América del Norte, nierbi entre los sicilianos de América del Norte y “nervios” entre los blancos de los Apalaches y Terranova. “Tensión” es un modismo relacionado y una explicación causal entre las poblaciones del sur de Asia.

Condiciones relacionadas en el DSM-5-TR. Trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, otro trastorno disociativo especificado o no especificado, trastorno de síntomas somáticos, esquizofrenia.

Shenjing shuairuo Shenjing

shuairuo (“debilidad del sistema nervioso” en chino mandarín) es un síndrome cultural que integra categorías conceptuales de la Medicina Tradicional China con el constructo occidental de la neurastenia. En la segunda edición revisada de la Clasificación China de Trastornos Mentales (CCMD-2-R), shenjing shuairuo se definió como un síndrome compuesto por tres de cinco grupos de síntomas: debilidad (p. ej., fatiga mental), emociones (p. ej., sensación de irritado), excitación (p. ej., aumento de recuerdos), dolor nervioso (p. ej., dolor de cabeza),

y sueño (p. ej., insomnio). Fan nao (sentirse molesto) es una forma de irritabilidad mezclada con preocupación y angustia por pensamientos contradictorios y deseos insatisfechos. La tercera edición del CCMD mantuvo shenjing shuairuo como diagnóstico somatomorfo de exclusión. Sin embargo, China adoptó la CIE-10 como su sistema de clasificación oficial en 2011, desplazando a la CCMD; aunque la CIE-10 incluía la neurastenia como categoría diagnóstica, la CIE-11 no. El uso de shenjing shuairuo ha disminuido sustancialmente en los últimos años y parece haber sido reemplazado por modismos de depresión y ansiedad, al menos en las zonas urbanas; Entre los médicos de salud mental, el shenjing shuairuo puede invocarse en gran medida en las interacciones con pacientes tradicionales para facilitar la comunicación y limitar el estigma asociado con los diagnósticos psiquiátricos.

Los precipitantes más destacados del shenjing shuairuo incluyen factores estresantes relacionados con el trabajo o la familia, pérdida de prestigio (mianzi, lianzi) y una aguda sensación de fracaso (p. ej., en el rendimiento académico). Shenjing shuairuo está relacionado con conceptos tradicionales de debilidad (xu) y desequilibrios de salud relacionados con deficiencias de una esencia vital (por ejemplo, el agotamiento del qi [energía vital] después de un esfuerzo excesivo o el estancamiento del qi debido a una preocupación excesiva). En la interpretación tradicional, shenjing shuairuo se produce cuando los canales corporales (jing) que transmiten fuerzas vitales (shen) se desregulan como resultado de diversos factores estresantes sociales e interpersonales, como la incapacidad de cambiar una situación crónicamente frustrante y angustiosa. Varios trastornos psiquiátricos están asociados con shenjing shuairuo, en particular trastornos del estado de ánimo, ansiedad y síntomas somáticos. Sin embargo, en las clínicas médicas de China, hasta el 45% de los pacientes con shenjing shuairuo no presentan síntomas que cumplan los criterios de ningún trastorno del DSM-IV.

Machine Translated by Google

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales. Los modismos y síndromes del espectro de la neurastenia están presentes en muchos contextos culturales, incluidos la India (ashaktapanna), Mongolia (yadargaa) y Japón (shinkei-suijaku), entre otros entornos. Otras afecciones, como el síndrome de fatiga cerebral, el síndrome de agotamiento y el síndrome de fatiga crónica, también están estrechamente relacionados.

Condiciones relacionadas en el DSM-5-TR. Trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad social, fobia específica, trastorno de estrés postraumático.

Susto

Susto ("miedo") es una explicación cultural de la angustia y la desgracia que prevalecen en algunos contextos culturales latinos en América del Norte, Central y del Sur. No está reconocida como una categoría de enfermedad entre los latinos del Caribe. Susto es una enfermedad atribuida a un evento aterrador que hace que el alma abandone el cuerpo y resulta en infelicidad y enfermedad, así como dificultades para desempeñar roles sociales clave. Los síntomas pueden aparecer en cualquier momento, desde días hasta años después de experimentar el susto. En casos extremos, el susto puede provocar la muerte. No existen síntomas que definan específicamente el susto; sin embargo, los síntomas que suelen informar las personas con susto incluyen alteraciones del apetito; sueño inadecuado o excesivo; sueño o sueños problemáticos; sentimientos de tristeza, baja autoestima o suciedad; sensibilidad interpersonal; y falta de motivación para hacer cualquier cosa. Los síntomas somáticos que acompañan al susto pueden incluir dolores y molestias musculares, frío en las extremidades, palidez, dolor de cabeza, dolor de estómago y diarrea. Los eventos precipitantes son diversos e incluyen fenómenos naturales, animales, situaciones interpersonales y agentes sobrenaturales, entre otros.

Se han identificado tres tipos sindrómicos de susto (denominado cibih en lengua zapoteca), cada uno de los cuales tiene diferentes relaciones con los diagnósticos psiquiátricos. Un susto interpersonal caracterizado por sentimientos de pérdida, abandono y no ser amado por la familia, acompañado de síntomas de tristeza, mala autoimagen y pensamientos suicidas, parece estar estrechamente relacionado con el trastorno depresivo mayor. Cuando el susto es el resultado de un acontecimiento traumático que desempeña un papel importante en la configuración de los síntomas y en el procesamiento emocional de la experiencia, el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático parece más apropiado. Se cree que el susto, caracterizado por varios síntomas somáticos recurrentes (para los cuales el individuo busca atención médica de varios profesionales), se asemeja a un trastorno de síntomas somáticos.

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales. En todo el mundo se encuentran conceptos etiológicos y configuraciones de síntomas similares. En la región andina, al susto se le conoce como espanto. Las condiciones de pérdida del alma en el sur y sudeste de Asia también comparten características con el susto. En la pérdida del alma, se cree que las personas que experimentan un susto pierden temporalmente su alma, una parte de su alma o una de muchas almas. Esto hace que el individuo sea vulnerable a otras formas de angustia física y psicológica.

Condiciones relacionadas en el DSM-5-TR. Trastorno depresivo mayor, trastorno de estrés postraumático, otros Trauma específico o no especificado y trastorno relacionado con factores estresantes, trastorno de síntomas somáticos.

Taijin kyofusho

Machine Translated by Google

Taijin kyofusho (“trastorno de miedo interpersonal” en japonés) es un síndrome que se encuentra en contextos culturales japoneses caracterizado por ansiedad y evitación de situaciones interpersonales debido al pensamiento, sentimiento o convicción de que la apariencia y las acciones del individuo en las interacciones sociales son inadecuadas u ofensivas. a otros. Taijin kyofusho incluye dos formas relacionadas con la cultura: un “tipo sensible”, con extrema sensibilidad social y ansiedad por las interacciones interpersonales, y un “tipo ofensivo”, en el que la principal preocupación es ofender a los demás. Las variantes incluyen preocupaciones importantes sobre el sonrojo facial (sekimen-kyofu), tener un olor corporal desagradable (jiko-shu-kyofu), mirada inapropiada (demasiado o muy poco contacto visual, jiko-shisen-kyofu) y expresión facial rígida o incómoda. o movimientos corporales (por ejemplo, rigidez, temblores) o deformidades corporales (shubo-kyofu).

Taijin kyofusho es un constructo más amplio que el trastorno de ansiedad social en el DSM-5. Taijin kyofusho también incluye síndromes con características de trastorno dismórfico corporal, síndrome de referencia olfativo y trastorno delirante; El trastorno delirante debe considerarse cuando las preocupaciones tienen una cualidad delirante y responden mal a un simple consuelo o un contraejemplo.

Condiciones relacionadas en otros contextos culturales. Los síntomas distintivos del taijin kyofusho ocurren en contextos culturales específicos y, hasta cierto punto, con una ansiedad social más severa a nivel transcultural. Síndromes similares se encuentran en Corea (taein kong po) y otras sociedades que ponen un fuerte énfasis en el mantenimiento consciente de un comportamiento social apropiado en relaciones interpersonales jerárquicas. Una autoconstrucción interdependiente, que enfatiza la relación del yo con un colectivo y la identificación del yo en términos de roles y relaciones sociales, puede ser un factor de riesgo para los síntomas de taijin kyofusho en diversas culturas. La preocupación por ofender a otros mediante un comportamiento social inapropiado, característica del taijin kyofusho de tipo ofensivo , también se ha descrito en varias sociedades, incluidas Estados Unidos, Australia, Indonesia y Nueva Zelanda.

Condiciones relacionadas en el DSM-5-TR. Trastorno de ansiedad social, trastorno dismórfico corporal, trastorno delirante, trastorno obsesivo-compulsivo, síndrome de referencia olfativo (un tipo de otro trastorno obsesivo-compulsivo específico y relacionado). El síndrome de referencia olfativo se relaciona específicamente con la variante jikoshu-kyofu del taijin kyofusho; Esta presentación se ve en varias culturas fuera de Japón.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Modelo alternativo de personalidad del DSM-5 Trastornos

Proporcionado como una alternativa a la clasificación existente de los trastornos de la personalidad en la Sección II, este modelo híbrido dimensional-categórico en la Sección III define el trastorno de la personalidad en términos de deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y rasgos patológicos de la personalidad. La inclusión de ambos modelos de diagnóstico de trastornos de la personalidad en el DSM-5 refleja la decisión del Consejo de Administración de la APA de preservar la continuidad con la práctica clínica actual, al tiempo que introduce un enfoque alternativo que pretende abordar numerosas deficiencias del enfoque de la personalidad en la Sección II. trastornos. Por ejemplo, en el enfoque de la Sección II, los síntomas que cumplen los criterios de un trastorno de la personalidad específico con frecuencia también cumplen los criterios de otros trastornos de la personalidad, y otro trastorno de la personalidad especificado o no especificado suele ser el diagnóstico correcto (pero en su mayoría poco informativo), en el sentido de que los individuos no tienden a presentar patrones de síntomas que se corresponden con uno y sólo un trastorno de la personalidad.

En el siguiente modelo alternativo del DSM-5, los trastornos de la personalidad se caracterizan por deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y rasgos patológicos de la personalidad. Los diagnósticos de trastornos de personalidad específicos que pueden derivarse de este modelo incluyen trastornos de personalidad antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico. Este enfoque también incluye un diagnóstico de trastorno de personalidad: rasgo específico (PD-TS, por sus siglas en inglés) que se puede realizar cuando se considera presente un trastorno de personalidad pero los criterios para un trastorno específico son difere
no se cumplen.

Criterios generales para el trastorno de la personalidad

Criterios generales para el trastorno de la personalidad

Las características esenciales de un trastorno de la personalidad

son A. Deterioro moderado o mayor del funcionamiento de la personalidad (propio/interpersonal).

B. Uno o más rasgos patológicos de personalidad.

C. Las deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y en la expresión de los rasgos de personalidad del individuo son relativamente inflexibles y generalizadas en una amplia gama de situaciones personales y sociales.

D. Las deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad del individuo son relativamente estables a lo largo del tiempo, con inicios que se remontan al menos a la adolescencia o a la edad adulta temprana.

E. Las deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y el rasgo de personalidad del individuo

Machine Translated by Google

expresión no se explican mejor por otro trastorno mental.

F. Las deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad del individuo no son únicamente atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica (por ejemplo, traumatismo craneoencefálico grave).

G. Las deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad del individuo no se entienden mejor como normales para la etapa de desarrollo o el entorno sociocultural de un individuo.

Un diagnóstico de un trastorno de la personalidad requiere dos determinaciones: 1) una evaluación del nivel de deterioro en el funcionamiento de la personalidad, que se necesita para el Criterio A, y 2) una evaluación de los rasgos patológicos de la personalidad, que se requiere para el Criterio B. Los deterioros en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de la personalidad son relativamente inflexibles y omnipresentes en una amplia gama de situaciones personales y sociales (Criterio C); relativamente estable a lo largo del tiempo, con inicios que se remontan al menos a la adolescencia o a la edad adulta temprana (Criterio D); no se explica mejor por otro trastorno mental (Criterio E); no atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica (Criterio F); y no se entiende mejor como normal para la etapa de desarrollo o el entorno sociocultural de un individuo (Criterio G). Todos los trastornos de la personalidad de la Sección III descritos mediante conjuntos de criterios, así como el PD-TS, cumplen con estos criterios generales, por definición.

Criterio A: Nivel de funcionamiento de la personalidad

Las alteraciones en el funcionamiento personal e interpersonal constituyen el núcleo de la psicopatología de la personalidad, y en este modelo de diagnóstico alternativo se evalúan en un continuo. El funcionamiento autónomo implica identidad y autodirección; El funcionamiento interpersonal implica empatía e intimidad (ver Tabla 1). La Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad (LPFS; ver Tabla 2, págs. 895–898) utiliza cada uno de estos elementos para diferenciar cinco niveles de deterioro, que van desde poco o ningún deterioro (es decir, funcionamiento saludable y adaptativo; Nivel 0) hasta algo de deterioro. (Nivel 1), deterioro moderado (Nivel 2), severo (Nivel 3) y extremo (Nivel 4).

El deterioro en el funcionamiento de la personalidad predice la presencia de un trastorno de la personalidad, y la gravedad del deterioro predice si un individuo tiene más de un trastorno de la personalidad o uno de los trastornos de personalidad más típicamente graves. Se requiere un nivel moderado de deterioro en el funcionamiento de la personalidad para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad; este umbral se basa en evidencia empírica de que el nivel moderado de deterioro maximiza la capacidad de los médicos para identificar de manera precisa y eficiente la patología del trastorno de la personalidad.

Criterio B: Rasgos patológicos de la personalidad

Los rasgos patológicos de la personalidad se organizan en cinco amplios dominios: afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo. Dentro de los cinco dominios amplios de rasgos hay 25 facetas de rasgos específicos que se desarrollaron inicialmente a partir de una revisión de modelos de rasgos existentes y posteriormente a través de una investigación iterativa con muestras de personas que buscaron servicios de salud mental. La taxonomía de rasgos completa se presenta en la Tabla 3 (ver págs. 899–901). Los criterios B para la

Machine Translated by Google

Los trastornos de personalidad específicos comprenden subconjuntos de las 25 facetas de los rasgos, según revisiones metaanalíticas y datos empíricos sobre las relaciones de los rasgos con los diagnósticos de trastornos de la personalidad del DSM-IV.

Criterios C y D: omnipresencia y estabilidad Las deficiencias en el funcionamiento

de la personalidad y los rasgos patológicos de la personalidad son relativamente generalizados en una variedad de contextos personales y sociales, ya que la personalidad se define como un patrón de percepción, relación y pensamiento sobre el entorno y sobre uno mismo. El término refleja relativamente el hecho de que todas las personalidades, excepto las más extremadamente patológicas, muestran algún grado de adaptabilidad. El patrón en los trastornos de la personalidad es desadaptativo y relativamente inflexible, lo que conduce a discapacidades sociales, ocupacionales u otras actividades importantes, ya que los individuos son incapaces de modificar su pensamiento o comportamiento, incluso ante la evidencia de que su enfoque no está funcionando. Las deficiencias en el funcionamiento y en los rasgos de personalidad también son relativamente estables.

Los rasgos de personalidad (las disposiciones a comportarse o sentir de cierta manera) son más estables que las expresiones sintomáticas de estas disposiciones, pero los rasgos de personalidad también pueden cambiar.
Las deficiencias en el funcionamiento de la personalidad son más estables que los síntomas.

TABLA 1 Elementos del funcionamiento de la personalidad

Ser:
1. Identidad: Experiencia de uno mismo como único, con límites claros entre uno mismo y los demás; estabilidad de la autoestima y la precisión de autoevaluación; Capacidad y habilidad para regular una gama de experiencias emocionales.
2. Autodirección: Búsqueda de objetivos de vida y de corto plazo coherentes y significativos; utilización de estándares internos de conducta constructivos y prosociales; capacidad de autorreflexión productiva.
Interpersonales: 1.
Empatía: Comprensión y apreciación de las experiencias y motivaciones de los demás; tolerancia de diferentes perspectivas; Comprensión de los efectos del propio comportamiento sobre los demás.
2. Intimidad: Profundidad y duración de la conexión con los demás; deseo y capacidad de cercanía; reciprocidad de consideración reflejada en comportamiento interpersonal.

Criterios E, F y G: explicaciones alternativas para la patología de la personalidad (diagnóstico diferencial)

En algunas ocasiones, lo que parece ser un trastorno de la personalidad puede explicarse mejor por otro trastorno mental, los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica, o una etapa normal del desarrollo (p. ej., adolescencia, vejez) o el entorno sociocultural del individuo. Cuando hay otro trastorno mental presente, el diagnóstico de un trastorno de la personalidad no se realiza si las manifestaciones del trastorno de la personalidad son claramente una expresión del otro trastorno mental (p. ej., si las características del trastorno esquizotípico de la personalidad están presentes sólo en el contexto de la esquizofrenia). . Por otro lado, los trastornos de la personalidad se pueden diagnosticar con precisión en presencia de otro trastorno mental, como el trastorno depresivo mayor, y los pacientes con otros trastornos mentales deben ser evaluados para detectar trastornos de personalidad comórbidos porque los trastornos de la personalidad a menudo afectan el curso de otros trastornos mentales. Por lo tanto, siempre es apropiado evaluar el funcionamiento de la personalidad y los rasgos patológicos de la personalidad para proporcionar un contexto para otros.

Machine Translated by Google

psicopatología.

Trastornos específicos de la personalidad La

Sección III incluye criterios de diagnóstico para los trastornos de personalidad antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico. Cada trastorno de la personalidad se define por deficiencias típicas en el funcionamiento de la personalidad (Criterio A) y rasgos patológicos característicos de la personalidad (Criterio B):

- Las características típicas del trastorno de personalidad antisocial son la falta de conformidad con el comportamiento ético y legal, y una falta de preocupación egocéntrica e insensible por los demás, acompañada de engaño, irresponsabilidad, manipulación y/o asunción de riesgos.
- Las características típicas del trastorno de la personalidad por evitación son la evitación de situaciones sociales y la inhibición en las relaciones interpersonales relacionadas con sentimientos de ineptitud e insuficiencia, preocupación ansiosa por la evaluación negativa y el rechazo, y miedos al ridículo o la vergüenza.
- Las características típicas del trastorno límite de la personalidad son la inestabilidad de la autoimagen, los objetivos personales, las relaciones interpersonales y los afectos, acompañada de impulsividad, asunción de riesgos y/u hostilidad.
- Las características típicas del trastorno narcisista de la personalidad son una autoestima variable y vulnerable, con intentos de regulación a través de la atención y la búsqueda de aprobación, y una grandiosidad abierta o encubierta.

- Las características típicas del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo son las dificultades para establecer y mantener relaciones cercanas, asociadas con un perfeccionismo rígido, inflexibilidad y expresión emocional restringida.
- Las características típicas del trastorno esquizotípico de la personalidad son deficiencias en la capacidad para mantener relaciones sociales y cercanas, y excentricidades en la cognición, la percepción y el comportamiento que se asocian con una autoimagen distorsionada y objetivos personales incoherentes y van acompañados de desconfianza y expresión emocional restringida.

A continuación se presentan los criterios A y B para los seis trastornos de personalidad específicos y para el PD-TS. Todos los trastornos de la personalidad también cumplen con los criterios C a G de los Criterios generales para los trastornos de la personalidad.

Trastorno de personalidad antisocial Las

características típicas del trastorno de personalidad antisocial son la incapacidad de ajustarse a un comportamiento ético y legal, y una falta de preocupación egocéntrica e insensible por los demás, acompañada de engaño, irresponsabilidad, manipulación y/o asunción de riesgos. Las dificultades características son evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o la intimidad, como se describe a continuación, junto con rasgos desadaptativos específicos en los dominios del antagonismo y la desinhibición.

Criterios de diagnóstico propuestos

A. Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades características en dos o más de las siguientes cuatro áreas:

Machine Translated by Google

1. Identidad: Egocentrismo; autoestima derivada del beneficio personal, poder o placer.
2. Autodirección: Fijación de objetivos basados en la gratificación personal; ausencia de estándares internos prosociales, asociada con el incumplimiento de un comportamiento ético legal o culturalmente normativo.
3. Empatía: Falta de preocupación por los sentimientos, necesidades o sufrimiento de los demás; falta de remordimiento después de lastimar o maltratar a otro.
4. Intimidad: Incapacidad para mantener relaciones íntimas mutuas, ya que la explotación es un medio principal para relacionarse con los demás, incluso mediante el engaño y la coerción; uso de dominio o intimidación para controlar a otros.

B. Seis o más de los siguientes siete rasgos patológicos de personalidad:

1. Manipulación (un aspecto del antagonismo): uso frecuente de subterfugios para influir o controlar a otros; uso de la seducción, el encanto, la locuacidad o la congraciación para lograr los propios fines.
2. Insensibilidad (un aspecto del antagonismo): falta de preocupación por los sentimientos o problemas de los demás; falta de culpa o remordimiento por los efectos negativos o dañinos de las acciones de uno en los demás; agresión; sadismo.
3. Engaño (un aspecto del antagonismo): deshonestidad y fraude; tergiversación de uno mismo; adorno o fabricación al relatar eventos.
4. Hostilidad (un aspecto del antagonismo): sentimientos de ira persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a desaires e insultos menores; Comportamiento malo, desagradable o vengativo.
5. Asunción de riesgos (un aspecto de la desinhibición): Participación en actividades peligrosas, arriesgadas y potencialmente autodestructivas, innecesariamente y sin tener en cuenta las consecuencias; propensión al aburrimiento e inicio irreflexivo de actividades para contrarrestar el aburrimiento; falta de preocupación por las propias limitaciones y negación de la realidad del peligro personal.
6. Impulsividad (un aspecto de la desinhibición): actuar espontáneamente en respuesta a estímulos inmediatos; actuar de forma momentánea sin un plan o consideración de resultados; dificultad para establecer y seguir planes.

7. Irresponsabilidad (un aspecto de la desinhibición): desprecio e incumplimiento de obligaciones o compromisos financieros y de otro tipo; Falta de respeto y falta de cumplimiento de acuerdos y promesas.

Nota. El individuo tiene al menos 18 años de edad.

Especificar

si: Con rasgos psicopáticos

Especificadores. Una variante distinta a menudo denominada psicopatía (o psicopatía “primaria”) se caracteriza por una falta de ansiedad o miedo y por un estilo interpersonal audaz que puede enmascarar conductas desadaptativas.

Machine Translated by Google

(por ejemplo, fraude). Esta variante psicopática se caracteriza por bajos niveles de ansiedad (dominio de Afectividad Negativa) y retraimiento (dominio de Desapego) y altos niveles de búsqueda de atención (dominio de Antagonismo). Una alta búsqueda de atención y un bajo retraimiento capturan el componente de potencia social (asertivo/dominante) de la psicopatía, mientras que una baja ansiedad captura el componente de inmunidad al estrés (estabilidad emocional/resiliencia).

Además de los rasgos psicopáticos, se pueden utilizar especificadores de rasgos y funcionamiento de la personalidad para registrar otros rasgos de personalidad que pueden estar presentes en el trastorno de personalidad antisocial pero que no son necesarios para el diagnóstico. Por ejemplo, los rasgos de Afectividad Negativa (p. ej., ansiedad) no son criterios de diagnóstico para el trastorno de personalidad antisocial (ver Criterio B), pero pueden especificarse cuando sea apropiado. Además, aunque se requiere un deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad para el diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial (Criterio A), también se puede especificar el nivel de funcionamiento de la personalidad.

Trastorno de la personalidad por evitación Las características típicas del trastorno de la personalidad por evitación son la evitación de situaciones sociales y la inhibición en las relaciones interpersonales relacionadas con sentimientos de ineptitud e insuficiencia, preocupación ansiosa por la evaluación negativa y el rechazo, y temores al ridículo o la vergüenza.
Las dificultades características son evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o la intimidad, como se describe a continuación, junto con rasgos desadaptativos específicos en los dominios de la Afectividad Negativa y el Desapego.

Criterios de diagnóstico propuestos

A. Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades características en dos o más de las siguientes cuatro áreas: 1. Identidad: Baja autoestima asociada con la autoevaluación como socialmente inepta, personalmente poco atractiva o inferior; Sentimientos excesivos de vergüenza.
2. Autodirección: Estándares poco realistas de comportamiento asociados con la renuencia a perseguir metas, asumir riesgos personales o participar en nuevas actividades que impliquen contacto interpersonal.
3. Empatía: Preocupación y sensibilidad hacia la crítica o el rechazo, asociada con una inferencia distorsionada de las perspectivas de los demás como negativas.
4. Intimidad: Renuencia a involucrarse con personas a menos que esté seguro de agradar; Disminución de la mutualidad dentro de las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.

B. Tres o más de los siguientes cuatro rasgos patológicos de personalidad, uno de los cuales debe ser (1) Ansiedad: 1. Ansiedad (un aspecto de la Afectividad Negativa): Sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo como reacción a situaciones sociales. ; preocuparse por los efectos negativos de experiencias desagradables pasadas y posibilidades negativas futuras; sentirse temeroso, aprensivo o amenazado por la incertidumbre; temores de vergüenza.

Machine Translated by Google

2. Retraimiento (un aspecto del Desapego): Reticencia en situaciones sociales; evitación de contactos y actividades sociales; Falta de iniciación del contacto social.

3. Anhedonia (un aspecto del desapego): falta de disfrute, compromiso o energía para las experiencias de la vida; Déficits en la capacidad de sentir placer o interesarse por las cosas.

4. Evitación de la intimidad (un aspecto del desapego): evitación de relaciones cercanas o románticas, apegos interpersonales y relaciones sexuales íntimas.

Especificadores. Se encuentra una considerable heterogeneidad en forma de rasgos de personalidad adicionales entre las personas diagnosticadas con trastorno de personalidad por evitación. Los especificadores de rasgo y nivel de funcionamiento de la personalidad se pueden utilizar para registrar características de personalidad adicionales que pueden estar presentes en el trastorno de personalidad por evitación. Por ejemplo, otros rasgos de Afectividad Negativa (p. ej., depresividad, inseguridad por separación, sumisión, suspicacia, hostilidad) no son criterios de diagnóstico para el trastorno de personalidad por evitación (ver Criterio B), pero pueden especificarse cuando sea apropiado. Además, aunque para el diagnóstico de trastorno de personalidad por evitación se requiere un deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad (Criterio A), también se puede especificar el nivel de funcionamiento de la personalidad.

Trastorno límite de la personalidad

Las características típicas del trastorno límite de la personalidad son la inestabilidad de la autoimagen, las metas personales, las relaciones interpersonales y los afectos, acompañada de impulsividad, asunción de riesgos y/u hostilidad. Las dificultades características son evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o la intimidad, como se describe a continuación, junto con rasgos desadaptativos específicos en el dominio de la Afectividad Negativa, y también el Antagonismo y/o la Desinhibición.

Criterios de diagnóstico propuestos

A. Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades características en dos o más de las siguientes cuatro áreas: 1. Identidad: autoimagen marcadamente empobrecida, poco desarrollada o inestable, a menudo asociada con una autocrítica excesiva; sentimientos crónicos de vacío; Estados disociativos bajo estrés.

2. Autodirección: Inestabilidad en metas, aspiraciones, valores o planes profesionales.

3. Empatía: capacidad comprometida para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás asociada con hipersensibilidad interpersonal (es decir, propenso a sentirse menospreciado o insultado); percepciones de los demás sesgadas selectivamente hacia atributos negativos o vulnerabilidades.

4. Intimidad: Relaciones cercanas intensas, inestables y conflictivas, marcadas por

Machine Translated by Google

desconfianza, necesidad y preocupación ansiosa por el abandono real o imaginario; Las relaciones cercanas a menudo se ven en extremos de idealización y devaluación y alternando entre implicación excesiva y retraimiento.

B. Cuatro o más de los siguientes siete rasgos patológicos de personalidad, al menos uno de los cuales debe ser (5) impulsividad, (6) asunción de riesgos u (7) hostilidad: 1. Labilidad

emocional (un aspecto de la afectividad negativa): inestable experiencias emocionales y cambios de humor frecuentes; Emociones que se despiertan fácilmente, son intensas y/o desproporcionadas con los eventos y circunstancias.

2. Ansiedad (un aspecto de la Afectividad Negativa): Sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo como reacción a tensiones interpersonales; preocuparse por los efectos negativos de experiencias desagradables pasadas y posibilidades negativas futuras; sentirse temeroso, aprensivo o amenazado por la incertidumbre; Miedos a desmoronarse o perder el control.

3. Inseguridad por separación (un aspecto de la afectividad negativa): temores de rechazo y/o separación de otras personas importantes, asociados con temores de dependencia excesiva y pérdida total de autonomía.

4. Depresividad (un aspecto de la Afectividad Negativa): Sensaciones frecuentes de estar deprimido, miserable y/o sin esperanza; dificultad para recuperarse de tales estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza generalizada; sentimientos de autoestima inferior; Pensamientos suicidas y conductas suicidas.

5. Impulsividad (un aspecto de la desinhibición): actuar espontáneamente en respuesta a estímulos inmediatos; actuar de forma momentánea sin un plan o consideración de resultados; dificultad para establecer o seguir planes; una sensación de urgencia y un comportamiento autodestructivo en situaciones de angustia emocional.

6. Asunción de riesgos (un aspecto de la desinhibición): Participación en actividades peligrosas, riesgosas y potencialmente autodestructivas, innecesariamente y sin tener en cuenta las consecuencias; falta de preocupación por las propias limitaciones y negación de la realidad del peligro personal.

7. Hostilidad (un aspecto del antagonismo): sentimientos de ira persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a desaires e insultos menores.

Especificadores. Los especificadores de rasgo y nivel de funcionamiento de la personalidad se pueden utilizar para registrar características de personalidad adicionales que pueden estar presentes en el trastorno límite de la personalidad pero que no son necesarias para el diagnóstico. Por ejemplo, los rasgos de psicoticismo (p. ej., desregulación cognitiva y perceptiva) no son criterios de diagnóstico para el trastorno límite de la personalidad (ver Criterio B), pero pueden especificarse cuando sea apropiado. Además, aunque se requiere un deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (Criterio A), también se puede especificar el nivel de funcionamiento de la personalidad.

Trastorno narcisista de la personalidad

Machine Translated by Google

Las características típicas del trastorno narcisista de la personalidad son una autoestima variable y vulnerable, con intentos de regulación a través de la atención y la búsqueda de aprobación, y una grandiosidad abierta o encubierta. Las dificultades características son evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o la intimidad, como se describe a continuación, junto con rasgos desadaptativos específicos en el dominio del antagonismo.

Criterios de diagnóstico propuestos

A. Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades características en dos o más de las siguientes cuatro áreas: 1. Identidad: referencia excesiva a los demás para la autodefinición y la regulación de la autoestima; autoevaluación exagerada, inflada o desinflada, o vacilante entre extremos; La regulación emocional refleja las fluctuaciones en la autoestima.

2. Autodirección: establecimiento de objetivos basado en obtener la aprobación de los demás; estándares personales irrazonablemente altos para verse a uno mismo como excepcional, o demasiado bajos basados en un sentido de derecho; A menudo desconocen sus propias motivaciones.

3. Empatía: capacidad deteriorada para reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás; excesivamente en sintonía con las reacciones de los demás, pero sólo si se perciben como relevantes para uno mismo; Sobreestimación o subestimación del propio efecto sobre los demás.

4. Intimidad: Las relaciones son en gran medida superficiales y existen para regular la autoestima; mutualidad limitada por un escaso interés genuino en las experiencias de los demás y el predominio de una necesidad de beneficio personal.

B. Ambos rasgos patológicos de personalidad siguientes:

1. Grandiosidad (un aspecto del antagonismo): sentimientos de derecho, ya sean abiertos o encubiertos; egocentrismo; aferrarse firmemente a la creencia de que uno es mejor que otros; condescendencia hacia los demás.

2. Búsqueda de atención (un aspecto del antagonismo): intentos excesivos de atraer y ser el centro de atención de los demás; búsqueda de admiración.

Especificadores. Los especificadores de rasgos y funcionamiento de la personalidad se pueden utilizar para registrar características de personalidad adicionales que pueden estar presentes en el trastorno de personalidad narcisista pero que no son necesarias para el diagnóstico. Por ejemplo, otros rasgos de antagonismo (p. ej., manipulación, engaño, insensibilidad) no son criterios de diagnóstico para el trastorno narcisista de la personalidad (ver Criterio B), pero pueden especificarse cuando están presentes rasgos antagónicos más generalizados (p. ej., “narcisismo maligno”). Se pueden especificar otros rasgos de Afectividad Negativa (p. ej., depresividad, ansiedad) para registrar presentaciones más “vulnerables”. Además, aunque para el diagnóstico de trastorno narcisista de la personalidad se requiere un deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad (Criterio A), también se puede especificar el nivel de funcionamiento de la personalidad.

Machine Translated by Google

Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo

Las características típicas del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo son dificultades para establecer y mantener relaciones cercanas, asociadas con un perfeccionismo rígido, inflexibilidad y expresión emocional restringida. Las dificultades características son evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o la intimidad, como se describe a continuación, junto con rasgos desadaptativos específicos en los dominios de la Afectividad Negativa y/o el Desapego.

Criterios de diagnóstico propuestos

A. Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades características en dos o más de las siguientes cuatro áreas: 1. Identidad:

Sentido de uno mismo derivado predominantemente del trabajo o la productividad; experiencia restringida y expresión de emociones fuertes.

2. Autodirección: Dificultad para completar tareas y alcanzar metas, asociada con estándares internos de comportamiento rígidos, irrazonablemente altos e inflexibles; actitudes excesivamente concienzudas y moralistas.

3. Empatía: Dificultad para comprender y apreciar las ideas, sentimientos o comportamientos de los demás.

4. Intimidad: Relaciones vistas como secundarias al trabajo y la productividad; rigidez y la terquedad afectan negativamente las relaciones con los demás.

B. Tres o más de los siguientes cuatro rasgos patológicos de la personalidad, uno de los cuales debe ser (1) Perfeccionismo rígido: 1.

Perfeccionismo rígido (un aspecto de extrema escrupulosidad [el polo opuesto de la desinhibición]): Insistencia rígida en que todo sea impecable, perfecto, y sin errores ni faltas, incluidas las propias y ajenas; sacrificar la puntualidad para garantizar la corrección en cada detalle; creer que sólo existe una manera correcta de hacer las cosas; dificultad para cambiar ideas y/o puntos de vista; Preocupación por los detalles, la organización y el orden.

2. Perseveración (un aspecto de la Afectividad Negativa): Persistencia en las tareas mucho después de que el comportamiento haya dejado de ser funcional o efectivo; Continuación del mismo comportamiento a pesar de repetidos fracasos.

3. Evitación de la intimidad (un aspecto del desapego): Evitación de relaciones cercanas o románticas, apegos interpersonales y relaciones sexuales íntimas.

4. Afectividad restringida (un aspecto del Desapego): Poca reacción ante situaciones emocionalmente excitantes; experiencia y expresión emocional restringida; indiferencia o frialdad.

Especificadores. Se pueden utilizar especificadores de rasgo y funcionamiento de la personalidad para registrar datos adicionales.

Machine Translated by Google

rasgos de personalidad que pueden estar presentes en el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo pero que no son necesarios para el diagnóstico. Por ejemplo, otros rasgos de Afectividad Negativa (p. ej., ansiedad) no son criterios de diagnóstico para el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (ver Criterio B), pero pueden especificarse cuando sea apropiado. Además, aunque se requiere un deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad para el diagnóstico de trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (Criterio A), también se puede especificar el nivel de funcionamiento de la personalidad.

Trastorno esquizotípico de la personalidad Las

características típicas del trastorno esquizotípico de la personalidad son deficiencias en la capacidad para mantener relaciones sociales y cercanas y excentricidades en la cognición, la percepción y el comportamiento que se asocian con una autoimagen distorsionada y objetivos personales incoherentes y van acompañados de desconfianza y expresión emocional restringida. Las dificultades características son evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o la intimidad, junto con rasgos desadaptativos específicos en los dominios del psicoticismo y el desapego.

Criterios de diagnóstico propuestos

A. Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades características en dos o más de las siguientes cuatro áreas: 1. Identidad: Límites

confusos entre uno mismo y los demás; autoconcepto distorsionado; La expresión emocional a menudo no es congruente con el contexto o la experiencia interna.

2. Autodirección: Metas poco realistas o incoherentes; no hay un conjunto claro de estándares.
3. Empatía: dificultad pronunciada para comprender el impacto de sus propios comportamientos en los demás; Frecuentes interpretaciones erróneas de las motivaciones y comportamientos de los demás.
4. Intimidad: Deficiencias marcadas en el desarrollo de relaciones cercanas, asociadas con desconfianza y ansiedad.

B. Cuatro o más de los siguientes seis rasgos patológicos de personalidad:

1. Desregulación cognitiva y perceptiva (un aspecto del psicoticismo): procesos de pensamiento extraños o inusuales; pensamiento o discurso vago, circunstancial, metafórico, demasiado elaborado o estereotipado; Sensaciones extrañas en diversas modalidades sensoriales.
2. Creencias y experiencias inusuales (un aspecto del psicoticismo): contenido de pensamiento y visiones de la realidad que otros consideran extraños o idiosincrásicos; experiencias inusuales de la realidad.
3. Excentricidad (un aspecto del psicoticismo): comportamiento extraño, inusual o extraño. o apariencia; decir cosas inusuales o inapropiadas.
4. Afectividad restringida (un aspecto del Desapego): Poca reacción ante situaciones emocionalmente excitantes; experiencia y expresión emocional restringida; indiferencia o frialdad.

Machine Translated by Google

5. Retraimiento (un aspecto del Desapego): Preferencia por estar solo a estar con otros; reticencia en situaciones sociales; evitación de contactos y actividades sociales; Falta de iniciación del contacto social.
6. Suspicacia (un aspecto del desapego): Expectativas (y mayor sensibilidad) ante signos de malas intenciones o daño interpersonal; dudas sobre la lealtad y fidelidad de los demás; sentimientos de persecución.

Especificadores. Los especificadores de rasgos y funcionamiento de la personalidad se pueden utilizar para registrar características de personalidad adicionales que pueden estar presentes en el trastorno esquizotípico de la personalidad pero que no son necesarias para el diagnóstico. Por ejemplo, los rasgos de Afectividad Negativa (p. ej., depresividad, ansiedad) no son criterios de diagnóstico para el trastorno esquizotípico de la personalidad (ver Criterio B).

pero se puede especificar cuando sea apropiado. Además, aunque se requiere un deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad para el diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad (Criterio A), también se puede especificar el nivel de funcionamiento de la personalidad.

Trastorno de personalidad: rasgo especificado

Criterios de diagnóstico propuestos

A. Deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por dificultades en dos o más de las siguientes cuatro áreas: 1. Identidad 2.
Autodirección

3. Empatía 4.
Intimidad

B. Uno o más dominios de rasgos patológicos de la personalidad O facetas de rasgos específicos dentro de los dominios, considerando TODOS los siguientes dominios:

1. Afectividad negativa (frente a estabilidad emocional): experiencias frecuentes e intensas de altos niveles de una amplia gama de emociones negativas (p. ej. , ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, ira) y sus manifestaciones conductuales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).
2. Desapego (frente a extraversión): evitación de la experiencia socioemocional, incluida la retirada de las interacciones interpersonales, que van desde interacciones casuales y diarias hasta amistades y relaciones íntimas, así como la experiencia y expresión afectivas restringidas, particularmente la capacidad hedónica limitada.
3. Antagonismo (frente a amabilidad): comportamientos que ponen al individuo en desacuerdo con otras personas, incluido un sentido exagerado de importancia personal y una

Machine Translated by Google

expectativa concomitante de un trato especial, así como una insensible antipatía hacia los demás, que abarca tanto el desconocimiento de las necesidades y sentimientos de los demás como la disposición a utilizar a los demás al servicio de la superación personal.

4. Desinhibición (frente a escrupulosidad): Orientación hacia la gratificación inmediata, que conduce a un comportamiento impulsivo impulsado por pensamientos, sentimientos y estímulos externos actuales, sin tener en cuenta el aprendizaje pasado ni las consecuencias futuras.

5. Psicoticismo (frente a lucidez): exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones extrañas, excéntricas o inusuales culturalmente incongruentes, incluidos tanto el proceso (p. ej., percepción, disociación) como el contenido (p. ej., creencias).

Subtipos. Debido a que los rasgos de personalidad varían continuamente a lo largo de múltiples dimensiones de rasgos, se puede representar un conjunto completo de expresiones potenciales de PD-TS mediante el modelo dimensional de variantes desadaptativas de rasgos de personalidad del DSM-5 (ver Tabla 3, págs. 899-901). Por tanto, los subtipos son innecesarios para el PD-TS y, en su lugar, se proporcionan los elementos descriptivos que constituyen la personalidad, ordenados en un modelo de base empírica. Esta disposición permite a los médicos adaptar la descripción del perfil del trastorno de la personalidad de cada individuo, considerando los cinco amplios dominios de variación de los rasgos de la personalidad y aprovechando las características descriptivas de estos dominios según sea necesario para caracterizar al individuo.

Especificadores. Los rasgos de personalidad específicos de los individuos siempre se registran al evaluar el Criterio B, por lo que la combinación de rasgos de personalidad que caracterizan a un individuo constituyen directamente los especificadores en cada caso. Por ejemplo, dos individuos que se caracterizan por labilidad emocional, hostilidad y depresividad pueden diferir de tal manera que el primer individuo se caracterice además por la insensibilidad, mientras que el segundo no.

Algoritmos de puntuación de los trastornos de la personalidad El

requisito de dos de los cuatro criterios A para cada uno de los seis trastornos de la personalidad se basó en maximizar la relación de estos criterios con su correspondiente trastorno de la personalidad. Los umbrales de diagnóstico para los criterios B también se establecieron empíricamente para minimizar el cambio en la prevalencia de los trastornos del DSM-IV y la superposición con otros trastornos de la personalidad, y para maximizar las relaciones con el deterioro funcional. Los conjuntos de criterios de diagnóstico resultantes representan trastornos de la personalidad clínicamente útiles con alta fidelidad, en términos de deficiencias centrales en el funcionamiento de la personalidad de diversos grados de gravedad y constelaciones de rasgos patológicos de la personalidad.

Diagnóstico de trastorno de personalidad Las

personas que tienen un patrón de deterioro en el funcionamiento de la personalidad y rasgos desadaptativos que coinciden con uno de los seis trastornos de personalidad definidos deben ser diagnosticados con ese trastorno de personalidad. Si un individuo también tiene uno o incluso varios rasgos prominentes que pueden tener relevancia clínica además de los necesarios para el diagnóstico (por ejemplo, ver personalidad narcisista

Machine Translated by Google

trastorno), existe la opción de que se anoten como especificadores. Las personas cuyo funcionamiento de la personalidad o patrón de rasgos es sustancialmente diferente al de cualquiera de los seis trastornos de personalidad específicos deben ser diagnosticados con PD-TS. Es posible que el individuo no cumpla con el número requerido de criterios A o B y, por lo tanto, tenga una presentación subumbral de un trastorno de la personalidad.
El individuo puede tener una combinación de características de tipos de trastornos de la personalidad o algunas características que son menos características de un tipo y se consideran con mayor precisión una presentación mixta o atípica. El nivel específico de deterioro en el funcionamiento de la personalidad y los rasgos patológicos de la personalidad que caracterizan la personalidad del individuo se pueden especificar para PD-TS, utilizando la Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad (Tabla 2) y la taxonomía de rasgos patológicos (Tabla 3).
Los diagnósticos actuales de trastornos de personalidad paranoide, esquizoide, histriónico y dependiente están representados también por el diagnóstico de PD-TS; estos se definen por un deterioro moderado o mayor en el funcionamiento de la personalidad y pueden especificarse mediante las combinaciones patológicas de rasgos de personalidad relevantes.

Nivel de funcionamiento de la personalidad

Como la mayoría de las tendencias humanas, el funcionamiento de la personalidad se distribuye en un continuo. Para el funcionamiento y la adaptación son fundamentales las formas características de los individuos de pensar y comprenderse a sí mismos y sus interacciones con los demás. Un individuo que funciona de manera óptima tiene un mundo psicológico complejo, completamente elaborado y bien integrado que incluye un autoconcepto mayoritariamente positivo, volitivo y adaptativo; una vida emocional rica, amplia y adecuadamente regulada; y la capacidad de comportarse como un miembro productivo de la sociedad con relaciones interpersonales recíprocas y satisfactorias. En el extremo opuesto del continuo, un individuo con una patología de personalidad grave tiene un mundo psicológico empobrecido, desorganizado y/o conflictivo que incluye un autoconcepto débil, poco claro y desadaptativo; propensión a emociones negativas y desreguladas; y una capacidad deficiente para el funcionamiento interpersonal adaptativo y el comportamiento social.

Definición dimensional del funcionamiento interpersonal y del yo

La gravedad generalizada puede ser el predictor individual más importante de disfunción concurrente y potencial en la evaluación de la psicopatología de la personalidad. Los trastornos de la personalidad se caracterizan de manera óptima por un continuo generalizado de gravedad de la personalidad con

especificación de elementos estilísticos, derivados de constelaciones de síntomas y rasgos de personalidad del trastorno de personalidad. Al mismo tiempo, el núcleo de la psicopatología de la personalidad es el deterioro de las ideas y sentimientos relacionados con uno mismo y las relaciones interpersonales; Esta noción es consistente con múltiples teorías sobre el trastorno de la personalidad y sus bases de investigación. Los componentes de la Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad (identidad, autodirección, empatía e intimidad (ver Tabla 1)) son particularmente centrales para describir un continuo de funcionamiento de la personalidad.

Las representaciones mentales de uno mismo y de las relaciones interpersonales son recíprocamente influyentes y están indisolublemente ligadas, afectan la naturaleza de la interacción con los profesionales de la salud mental y pueden tener un impacto significativo tanto en la eficacia como en el resultado del tratamiento, lo que subraya la importancia de evaluar el autoconcepto característico de un individuo como así como opiniones de otras personas y

Machine Translated by Google

relaciones. Aunque el grado de alteración en el funcionamiento personal e interpersonal se distribuye continuamente, es útil considerar el nivel de deterioro en el funcionamiento para la caracterización clínica y para la planificación y el pronóstico del tratamiento.

Calificación del nivel de funcionamiento de la personalidad Para utilizar

la Escala de nivel de funcionamiento de la personalidad (LPFS), el médico selecciona el nivel que captura más fielmente el nivel general actual de deterioro del funcionamiento de la personalidad del individuo. La calificación es necesaria para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad (deterioro moderado o mayor) y se puede utilizar para especificar la gravedad del deterioro presente en un individuo con cualquier trastorno de la personalidad en un momento determinado. El LPFS también se puede utilizar como indicador global del funcionamiento de la personalidad sin especificar un diagnóstico de trastorno de la personalidad, o en el caso de que el deterioro de la personalidad esté por debajo del umbral para un diagnóstico de trastorno.

Rasgos de personalidad

Definición y descripción El Criterio B en el

modelo alternativo implica evaluaciones de rasgos de personalidad que se agrupan en cinco dominios. Un rasgo de personalidad es una tendencia a sentir, percibir, comportarse y pensar de manera relativamente consistente a lo largo del tiempo y en todas las situaciones en las que el rasgo puede manifestarse. Por ejemplo, las personas con un alto nivel del rasgo de personalidad de ansiedad tenderían a sentirse ansiosos fácilmente, incluso en circunstancias en las que la mayoría de las personas estarían tranquilas y relajadas.
Los individuos con un alto rasgo de ansiedad también percibirían situaciones que les provocan ansiedad con mayor frecuencia que los individuos con niveles más bajos de este rasgo, y aquellos con un alto rasgo tenderían a comportarse de manera que eviten situaciones que creen que los pondrían ansiosos. Por lo tanto, tenderían a pensar que el mundo les provoca más ansiedad que otras personas.

Es importante destacar que los individuos con un alto rasgo de ansiedad no necesariamente estarían ansiosos en todo momento y en todas las situaciones. Los niveles de rasgos de los individuos también pueden cambiar y de hecho cambian a lo largo de la vida. Algunos cambios son muy generales y reflejan maduración (p. ej., los adolescentes generalmente tienen un rasgo de impulsividad mayor que los adultos mayores), mientras que otros cambios reflejan las experiencias de vida de los individuos.

Dimensionalidad de los rasgos de personalidad. Todos los individuos pueden ubicarse en el espectro de dimensiones de rasgos; es decir, los rasgos de personalidad se aplican a todos en diferentes grados, en lugar de estar presentes o ausentes. Además, los rasgos de personalidad, incluidos los identificados específicamente en el modelo de la Sección III, existen en un espectro con dos polos opuestos. Por ejemplo, lo opuesto al rasgo de insensibilidad es la tendencia a ser empático y bondadoso, incluso en circunstancias en las que la mayoría de las personas no se sentirían así. Por eso,

aunque en la Sección III este rasgo se denomina insensibilidad, debido a que ese polo de la dimensión es el foco principal, podría describirse en su totalidad como insensibilidad versus bondad de corazón. Además, su polo opuesto puede reconocerse y puede no ser adaptativo en todas las circunstancias (por ejemplo, individuos que, debido a su extrema bondad, repetidamente se dejan aprovechar por otros sin escrúpulos).

Machine Translated by Google

Estructura jerárquica de la personalidad. Algunos términos de rasgos son bastante específicos (p. ej., “hablador”) y describen una gama limitada de conductas, mientras que otros son bastante amplios (p. ej., Desapego) y caracterizan una amplia gama de propensiones conductuales. Las dimensiones de rasgos generales se denominan dominios y las dimensiones de rasgos específicos se denominan facetas. Los dominios de rasgos de personalidad comprenden un espectro de facetas de personalidad más específicas que tienden a ocurrir juntas. Por ejemplo, el retraimiento y la anhedonia son facetas rasgo específicas en el dominio rasgo del Desapego. A pesar de algunas variaciones transculturales en las facetas de los rasgos de personalidad, los amplios dominios que comprenden colectivamente son relativamente consistentes en todas las culturas.

El modelo de rasgos de personalidad

El sistema de rasgos de personalidad de la Sección III incluye cinco amplios dominios de variación de rasgos de personalidad: afectividad negativa (frente a estabilidad emocional), desapego (frente a extraversión), antagonismo (frente a amabilidad), desinhibición (frente a escrupulosidad) y Psicoticismo (frente a lucidez): comprende 25 facetas de rasgos de personalidad específicos. La Tabla 3 proporciona definiciones de todos los dominios y facetas de la personalidad. Estos cinco amplios dominios son variantes desadaptativas de los cinco dominios del modelo de personalidad ampliamente validado y replicado conocido como los "Cinco Grandes" o Modelo de Personalidad de Cinco Factores (FFM), y también son similares a los dominios de los Cinco Psicopatología de la Personalidad (PSY-5). Las 25 facetas específicas representan una lista de facetas de la personalidad elegidas por su relevancia clínica.

Aunque el modelo de rasgos se centra en los rasgos de personalidad asociados con la psicopatología, hay rasgos de personalidad saludables, adaptativos y resilientes identificados como los polos opuestos de estos rasgos, como se indica entre paréntesis anteriores (es decir, estabilidad emocional, extraversión, amabilidad, escrupulosidad y Lucidez). Su presencia puede mitigar en gran medida los efectos de los trastornos mentales y facilitar el afrontamiento y la recuperación de lesiones traumáticas y otras enfermedades médicas.

Distinción de rasgos, síntomas y conductas específicas

Aunque los rasgos no son en modo alguno inmutables y cambian a lo largo de la vida, muestran una relativa consistencia en comparación con los síntomas y las conductas específicas. Por ejemplo, una persona puede comportarse impulsivamente en un momento específico por una razón específica (por ejemplo, una persona que rara vez es impulsiva decide de repente gastar una gran cantidad de dinero en un artículo en particular debido a una oportunidad inusual de comprar algo de valor único). , pero sólo cuando los comportamientos se agregan a lo largo del tiempo y las circunstancias, de modo que un patrón de comportamiento distingue entre individuos, reflejan rasgos. Sin embargo, es importante reconocer, por ejemplo, que incluso las personas impulsivas no actúan impulsivamente todo el tiempo. Un rasgo es una tendencia o disposición hacia conductas específicas; un comportamiento específico es una instancia o manifestación de un rasgo.

De manera similar, los rasgos se distinguen de la mayoría de los síntomas porque los síntomas tienden a aumentar y disminuir, mientras que los rasgos son relativamente más estables. Por ejemplo, los individuos con niveles más altos de depresividad tienen una mayor probabilidad de experimentar episodios discretos de un trastorno depresivo y de mostrar los síntomas de estos trastornos, como dificultad para concentrarse. Sin embargo, incluso los pacientes que tienen un rasgo de propensión a la depresividad suelen pasar por episodios distinguibles de alteración del estado de ánimo, y síntomas específicos como la dificultad para concentrarse tienden a aumentar y disminuir junto con episodios específicos, por lo que no

Machine Translated by Google

no forma parte de la definición del rasgo. Sin embargo, es importante destacar que tanto los síntomas como los rasgos son susceptibles de intervención, y muchas intervenciones dirigidas a los síntomas pueden afectar los patrones de funcionamiento de la personalidad a más largo plazo que son capturados por los rasgos de personalidad.

Evaluación del modelo de rasgos de personalidad multidimensional de la Sección III del DSM-5

La utilidad clínica del modelo de rasgos de personalidad multidimensional de la Sección III radica en su capacidad para centrar la atención en múltiples áreas relevantes de variación de la personalidad en cada paciente individual. En lugar de centrar la atención en la identificación de una y sólo una etiqueta diagnóstica óptima, la aplicación clínica del modelo de rasgo de personalidad de la Sección III implica revisar los cinco amplios dominios de personalidad descritos en la Tabla 3. El enfoque clínico de la personalidad es similar a la conocida revisión de sistemas en medicina clínica. Por ejemplo, la queja que presenta un individuo puede centrarse en un síntoma neurológico específico, pero durante una evaluación inicial los médicos aún revisan sistemáticamente el funcionamiento de todos los sistemas relevantes (p. ej., cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal), para que no aparezca un área importante de funcionamiento disminuido y la correspondiente oportunidad de mejora. se puede perder una intervención eficaz.

El uso clínico del modelo de rasgos de personalidad de la Sección III procede de manera similar. Una investigación inicial revisa los cinco amplios dominios de la personalidad. Esta revisión sistemática se ve facilitada por el uso de instrumentos psicométricos formales diseñados para medir facetas y dominios específicos de la personalidad. Por ejemplo, el modelo de rasgo de personalidad se pone en práctica en el Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID-5), que los pacientes pueden completar en su formulario de autoinforme y en su formulario de informe de informante aquellos que conocen bien al paciente (ej., un cónyuge). Una evaluación clínica detallada implicaría la recopilación de datos tanto del paciente como del informante sobre las 25 facetas del modelo de rasgos de personalidad. Sin embargo, si esto no es posible debido a limitaciones de tiempo u otras limitaciones, la evaluación centrada en el nivel de cinco dominios es una opción clínica aceptable cuando sólo se necesita un retrato general (frente a detallado) de la personalidad de un paciente (consulte el Criterio B de la EP -TS). Sin embargo, si el foco del tratamiento son los problemas basados en la personalidad, entonces será importante evaluar las facetas y dominios de los rasgos de los individuos.

Debido a que los rasgos de personalidad se distribuyen continuamente en la población, un enfoque para juzgar que un rasgo específico está elevado (y por lo tanto está presente con fines de diagnóstico) podría implicar comparar los niveles de rasgos de personalidad de los individuos con las normas de la población y/o el juicio clínico. Si un rasgo es elevado (es decir, las pruebas psicométricas formales y/o los datos de las entrevistas apoyan el juicio clínico de elevación), entonces se considera que contribuye a cumplir el Criterio B de la Sección III de los trastornos de la personalidad.

Utilidad clínica del funcionamiento de la personalidad multidimensional y Modelo de rasgo

Los constructos de trastorno y rasgo añaden valor al otro al predecir variables antecedentes importantes (p. ej., antecedentes familiares, antecedentes de abuso infantil), concurrentes (p. ej., deterioro funcional, uso de medicamentos) y predictivas (p. ej., hospitalización, intentos de suicidio). Las deficiencias del DSM-5 en el funcionamiento de la personalidad y los rasgos patológicos de la personalidad contribuyen cada uno de forma independiente a las decisiones clínicas sobre el grado de discapacidad; riesgos de autolesión, violencia y criminalidad; tipo e intensidad de tratamiento recomendados; y pronóstico: todos aspectos importantes de la utilidad de

Machine Translated by Google

diagnósticos psiquiátricos. En particular, conocer el nivel de funcionamiento de la personalidad de un individuo y su perfil de rasgos patológicos también proporciona al médico una rica base de información y es valioso en la planificación del tratamiento y en la predicción del curso y resultado de muchos trastornos mentales además de los trastornos de la personalidad. Por lo tanto, la evaluación del funcionamiento de la personalidad y de los rasgos patológicos de la personalidad puede ser relevante tanto si un individuo tiene un trastorno de personalidad como si no.

TABLA 2 Escala de nivel de funcionamiento de la personalidad

	SER		INTERPERSONAL	
Nivel de deterioro	Identidad	Autodirección	Empatía	Intimidad
0—Poco o No discapacidad	Tiene conciencia continua Establece y aspira a un yo único; Mantiene objetivos razonables basados en una evaluación realista y adecuada de los límites.	capacidades personales.	Es capaz de comprender con precisión las experiencias y motivaciones de los demás en la mayoría de las situaciones.	Mantiene múltiples relaciones satisfactorias y duraderas en la vida personal y comunitaria.
	Tiene una autoestima positiva constante y autorregulada, con una autoevaluación precisa.	Utiliza estándares de comportamiento apropiados, logrando satisfacción en múltiples ámbitos.	Comprende y aprecia las perspectivas de los demás, incluso si no están de acuerdo.	Desea y se involucra en una número de relaciones afectuosas, cercanas y recíprocas.
	Es capaz de experimentar, tolerar y regular una amplia gama de emociones.	Puede reflexionar y Dar significado constructivo a la experiencia interna.	Es consciente del efecto de propias acciones sobre los demás.	Se esfuerza por la cooperación y beneficio mutuo y responde con flexibilidad a una variedad de ideas, emociones y comportamientos de los demás.
1: cierto deterioro del sentido de sí mismo, con cierta disminución en la claridad de los límites cuando se experimentan emociones fuertes y angustia mental.	Tiene relativamente intacto	Está excesivamente dirigido a objetivos, algo inhibido en cuanto a objetivos o tiene conflictos con respecto a ellos.	Tiene algo comprometida su capacidad para apreciar y comprender las experiencias de los demás; Puede tender a ver a los demás como si tuvieran expectativas irrazonables o un deseo de control.	Es capaz de establecer relaciones duraderas en la vida personal y comunitaria, con algunas limitaciones en cuanto al grado de profundidad y satisfacción.
	La autoestima disminuyó en ocasiones, con una autovaloración demasiado crítica o algo distorsionada.	Puede tener un conjunto de estándares personales poco realistas o socialmente inapropiados, lo que limita algunos aspectos de su realización.	Aunque es capaz de considerar y comprender diferentes perspectivas, se resiste a hacerlo.	Es capaz de formar y desea formar relaciones íntimas y recíprocas, pero puede verse inhibido en la expresión significativa y, a veces, limitado si surgen emociones intensas o conflictos.
	Las emociones fuertes pueden ser angustiosas y estar asociadas con una restricción en el rango de experiencia emocional.	Es capaz de reflexionar sobre experiencias internas, pero puede exagerar un solo tipo (p. ej., intelectual, emocional) de autoconocimiento.	Tiene una conciencia inconsistente del efecto de su propio comportamiento en los demás.	La cooperación puede verse inhibida por normas poco realistas; algo limitado en su capacidad para respetar o responder a las ideas, emociones y comportamientos de los demás.
896				
2—Deterioro moderado	Depende excesivamente sobre otros para la definición de identidad, con una delimitación de límites comprometida.	Las metas son más a menudo un medio para obtener aprobación externa que las autogeneradas y, por lo tanto, pueden carecer de coherencia y/o estabilidad.	Está hipersintonizado con la experiencia de los demás, pero sólo con respecto a la relevancia percibida para uno mismo.	Es capaz de establecer y desea establecer relaciones en la vida personal y comunitaria, pero las conexiones pueden ser en gran medida superficiales.
	Tiene autoconfianza vulnerable		Es excesivamente autorreferencial; significativamente	Las relaciones íntimas son

Machine Translated by Google

estima controlada por una preocupación exagerada por la evaluación externa, con deseo de aprobación.

Tiene un sentimiento de incompletitud o inferioridad, con una autoevaluación compensatoria inflada o desinflada.

La regulación emocional depende de una valoración externa positiva. Las amenazas a la autoestima pueden generar emociones fuertes como rabia o vergüenza.

Los estándares personales pueden ser irrazonablemente altos (p. ej., la necesidad de ser especial o complacer a los demás) o bajos (p. ej., no estar en consonancia con valores sociales predominantes). La realización se ve comprometida por una sensación de falta de autenticidad.

Tiene capacidad disminuida para reflexionar sobre la experiencia interna.

capacidad comprometida para apreciar y comprender las experiencias de los demás y considerar perspectivas alternativas.

basado predominantemente en satisfacer necesidades de autorregulación y autoestima, con una expectativa poco realista de ser perfectamente comprendido por los demás.

Generalmente no es consciente o despreocupado por el efecto Tiende a no ver su propio comportamiento en las relaciones con otros recíprocos o en términos poco realistas, y coopera con la evaluación de su propio efecto. predominantemente para beneficio personal.

897

3—Deterioro severo

Tiene un sentido débil de agencia; establecimiento y/o experiencia de una falta de logro de identidad o metas personales. vacío. Límite Los estándares internos para la definición son deficientes o rígidos: pueden mostrarse o ser contradictorios. Sobreidentificación La vida se experimenta con el comportamiento no está claro los demás, como algo sin sentido o con un énfasis excesivo en lo peligroso. Independencia de los demás, o vacilación en la capacidad comprometida entre estos. Reflexionar y comprender los propios procesos mentales.

La frágil autoestima se ve fácilmente influenciada por los acontecimientos y la autoimagen carece de coherencia.

La autoevaluación no tiene matices: autodesprecio, autoengrandecimiento o una combinación ilógica y poco realista.

Las emociones pueden estar cambiando rápidamente o un sentimiento crónico e inquebrantable de desesperación.

Tiene dificultad en autonomía/

Capacidad de considerar y comprender los pensamientos, sentimientos y comportamiento de otras personas es significativamente limitado; Puede discernir aspectos muy específicos de la experiencia de los demás, particularmente vulnerabilidades y sufrimiento.

Generalmente es incapaz de considerar perspectivas alternativas; muy amenazados por diferencias de opinión o puntos de vista alternativos.

Está confundido acerca de o inconsciente del impacto de sus propias acciones en los demás; a menudo desconcertado por pensamientos y acciones de las personas, con motivaciones destructivas frecuentemente atribuidas erróneamente a otros.

Tiene cierto deseo de establecer relaciones en la vida comunitaria y personal, pero la capacidad de establecer conexiones positivas y duraderas se ve significativamente afectada.

Las relaciones se basan en una fuerte creencia en la necesidad absoluta de la otra persona íntima y/o expectativas de abandono o abuso.

Los sentimientos sobre la relación íntima con los demás se alternan entre miedo/rechazo y deseo desesperado de conexión.

Poca mutualidad: los demás se conceptualizan principalmente en términos de cómo afectan a uno mismo (negativa o positivamente); Los esfuerzos cooperativos a menudo se ven interrumpidos debido a la percepción de desaires por parte de los demás.

898

4—Deterioro extremo

La experiencia de un yo único y el sentido de agencia/ autonomía están prácticamente ausentes o se organizan en torno a una persecución externa percibida. Los límites con los demás son confusos o inexistentes.

Tiene débil o distorsionado Autoimagen fácilmente amenazada por las interacciones con otros; significativo

Tiene una pobre diferenciación de pensamientos de acciones, por lo que la capacidad para establecer metas se ve gravemente comprometida, con metas poco realistas o incoherentes.

Prácticamente faltan normas internas de comportamiento. La realización genuina es prácticamente inconcebible.

Ha manifestado incapacidad para y se entiende limitado debido a la experiencia y la motivación de los demás.

La atención a las perspectivas de los demás está prácticamente ausente (la atención es hipervigilante, centrada en la satisfacción de necesidades y evitación de daños).

Las interacciones sociales pueden ser confuso y desorientador.

El deseo de afiliación se considera profundo desinterés o expectativa de daño. El compromiso con los demás es distante, desorganizado o consistentemente negativo.

Las relaciones se conceptualizan casi exclusivamente en términos de su capacidad para brindar consuelo o infligir dolor y sufrimiento.

El comportamiento social/interpersonal no es recíproco; más bien,

Machine Translated by Google

distorsiones y confusión en torno a la autoevaluación. Emociones no congruentes con el contexto o la experiencia interna. El odio y la agresión pueden ser afectos dominantes, aunque pueden ser repudiados y atribuidos a otros.	Es profundamente incapaz de reflexionar constructivamente sobre su propia experiencia. Las motivaciones personales pueden no ser reconocidas y/o experimentadas como externas a uno mismo.	busca la satisfacción de necesidades básicas o escapar del dolor.

TABLA 3 Definiciones de los dominios y facetas del trastorno de personalidad del DSM-5

DOMINIOS (polares Opuestos) y Facetas	Definiciones
AFECTIVIDAD NEGATIVA (vs. Estabilidad Emocional)	Experiencias frecuentes e intensas de niveles elevados de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, ira) y sus manifestaciones conductuales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).
labilidad emocional	Inestabilidad de experiencias emocionales y estado de ánimo; Emociones que se despiertan fácilmente, son intensas y/o desproporcionadas con los eventos y circunstancias.
Ansiedad	Sentimientos de nerviosismo, tensión o pánico ante diversas situaciones; preocupación frecuente por los efectos negativos de experiencias desagradables pasadas y posibilidades negativas futuras; sentirse temeroso y aprensivo ante la incertidumbre; esperando que suceda lo peor.
Inseguridad por separación	Miedos a estar solo debido al rechazo y/o separación de otras personas importantes, basado en la falta de confianza en la capacidad de uno mismo para cuidar de sí mismo, tanto física como emocionalmente.
Sumisión	Adaptación del propio comportamiento a los intereses y deseos reales o percibidos de los demás, incluso cuando hacerlo es contrario a los propios intereses, necesidades o deseos de uno.
Hostilidad	Sentimientos de ira persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a desaires e insultos menores; Comportamiento malo, desagradable o vengativo. Véase también antagonismo.
perseveración	Persistencia en tareas o en una forma particular de hacer las cosas mucho después de que el comportamiento haya dejado de ser funcional o efectivo; Continuación del mismo comportamiento a pesar de fracasos repetidos o razones claras para detenerlo.
depresividad	Ver Destacamento.
Recelo	Ver Destacamento.
Afectividad restringida (falta de)	La falta de esta faceta caracteriza niveles bajos de Afectividad Negativa. Ver Destacamento para Definición de esta faceta.
DESAPEGO (vs. Extraversión)	Evitar la experiencia socioemocional, incluida la retirada de las relaciones interpersonales. interacciones (que van desde interacciones casuales y diarias hasta amistades y relaciones íntimas) y experiencia y expresión afectivas restringidas, particularmente capacidad hedónica limitada.
Retiro	Preferencia por estar solo a estar con otros; reticencia en situaciones sociales; evitación de contactos y actividades sociales; Falta de iniciación del contacto social.
Evitación de la intimidad	Evitar relaciones cercanas o románticas, vínculos interpersonales y relaciones sexuales íntimas. relaciones.
anhedonia	Falta de disfrute, compromiso o energía para las experiencias de la vida; Déficits en la capacidad de sentir placer e interesarse por las cosas.
depresividad	Sentimientos de estar deprimido, miserable y/o sin esperanza; dificultad para recuperarse de tales estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza y/o culpa generalizada; sentimientos de autoestima inferior; Pensamientos suicidas y conductas suicidas.
Afectividad restringida	Poca reacción ante situaciones emocionalmente excitantes; experiencia emocional restringida y expresión; indiferencia y distanciamiento en situaciones normativamente atractivas.
Recelo	Expectativas y sensibilidad a señales de daño o malas intenciones interpersonales; dudas sobre

Machine Translated by Google

Recelo	Expectativas y sensibilidad a señales de daño o malas intenciones interpersonales; dudas sobre lealtad y fidelidad de los demás; sentimientos de ser maltratado, utilizado y/o perseguido por otros.
900	Comportamientos que ponen al individuo en desacuerdo con otras personas, incluido un sentido exagerado de importancia personal y una expectativa concomitante de un trato especial, así como una antipatía insensible hacia los demás, que abarca tanto el desconocimiento de las necesidades y sentimientos de los demás como la disposición a utilizar a los demás al servicio de la superación personal.
ANTAGONISMO (vs. Amabilidad)	
manipulacion	Uso de subterfugios para influir o controlar a otros; uso de la seducción, el encanto, la locuacidad o la congraciación para lograr los propios fines.
Engaño	Deshonestidad y fraude; tergiversación de uno mismo; adorno o fabricación cuando relatando eventos.
Grandiosidad	Creer que uno es superior a los demás y merece un trato especial; egocentrismo; sentimientos de derecho; condescendencia hacia los demás.
Búsqueda de atención	Participar en comportamientos diseñados para atraer la atención y convertirse en el centro de atención y admiración de los demás.
Insensibilidad	Falta de preocupación por los sentimientos o problemas de los demás; falta de culpa o remordimiento por los efectos negativos o dañinos de las acciones de uno en los demás.
Hostilidad	Ver Afectividad Negativa.
DESINHIBICIÓN (vs. Escrupulosidad)	Orientación hacia la gratificación inmediata, lo que lleva a un comportamiento impulsivo impulsado por la corriente. pensamientos, sentimientos y estímulos externos, sin tener en cuenta el aprendizaje pasado ni considerar las consecuencias futuras.
Irresponsabilidad	Desprecio e incumplimiento de obligaciones o compromisos financieros y de otro tipo; falta de respeto y falta de cumplimiento de acuerdos y promesas; descuido con la propiedad ajena.
Impulsividad	Actuar espontáneamente en respuesta a estímulos inmediatos; actuando de forma momentánea base sin un plan o consideración de resultados; dificultad para establecer y seguir planes; una sensación de urgencia y un comportamiento autodestructivo en situaciones de angustia emocional.
Distractibilidad	Dificultad para concentrarse y concentrarse en las tareas; la atención se desvía fácilmente por estímulos extraños; dificultad para mantener un comportamiento centrado en objetivos, incluida la planificación y la realización de tareas.
tomar riesgos	Participación en actividades peligrosas, riesgosas y potencialmente autodestructivas, innecesaria y sin tener en cuenta las consecuencias; falta de preocupación por las propias limitaciones y negación de la realidad del peligro personal; búsqueda imprudente de objetivos sin importar el nivel de riesgo involucrado.
Perfeccionismo rígido (falta de)	Insistencia rígida en que todo sea impecable, perfecto y sin errores ni fallas, incluido el desempeño propio y ajeno; sacrificar la puntualidad para garantizar la corrección en cada detalle; creer que sólo existe una manera correcta de hacer las cosas; dificultad para cambiar ideas y/o puntos de vista; Preocupación por los detalles, la organización y el orden. La falta de esta faceta caracteriza bajos niveles de Desinhibición.
901	Exhibir una amplia gama de comportamientos extraños, excéntricos o inusuales culturalmente incongruentes y cogniciones, incluyendo tanto el proceso (p. ej., percepción, disociación) como el contenido (p. ej., creencias).
PSICOTICISMO (vs. Lucidez)	
Creencias y experiencias inusuales	Creencia de que uno tiene habilidades inusuales, como lectura de la mente, telequinesis, fusión pensamiento-acción; Experiencias inusuales de la realidad, incluidas experiencias similares a alucinaciones.
Excentricidad	Comportamiento, apariencia y/o habla extraños, inusuales o extraños; tener extraño e impredecible pensamientos; decir cosas inusuales o inapropiadas.
Desregulación cognitiva y perceptiva.	Procesos de pensamiento y experiencias extraños o inusuales, incluida la despersonalización, la desrealización y las experiencias disociativas; experiencias de estados mixtos de sueño y vigilia; experiencias de control del pensamiento.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Condiciones para estudios adicionales

Se presentan conjuntos de criterios propuestos para condiciones sobre las cuales se fomenta la investigación futura. Se espera que dicha investigación permita al campo comprender mejor estas condiciones e informar decisiones futuras sobre su posible ubicación en próximas ediciones del DSM. En particular, el trastorno de duelo complejo persistente, originalmente ubicado en esta sección, se ha trasladado al capítulo "Trastornos relacionados con traumas y factores estresantes" como diagnóstico oficial en la Sección II. Sobre la base de revisiones exhaustivas que encontraron evidencia suficiente de validez, confiabilidad y utilidad clínica para justificar su nueva ubicación, ahora se denomina "trastorno de duelo prolongado" y los criterios se han reformulado adecuadamente.

Los elementos específicos, los umbrales y las duraciones mínimas contenidos en estos conjuntos de criterios de investigación se establecieron por consenso de expertos (informados por la revisión de la literatura, el reanálisis de datos y los resultados de los ensayos de campo, cuando estén disponibles) y tienen como objetivo proporcionar un lenguaje común para los investigadores y médicos que están interesados en estudiar estos trastornos. El Grupo de Trabajo y los Grupos de Trabajo del DSM-5 sometieron cada uno de estos conjuntos de criterios propuestos a una cuidadosa revisión empírica e invitaron a amplios comentarios tanto del campo como del público en general. El Grupo de Trabajo finalmente determinó que no había pruebas suficientes para justificar la inclusión de estas propuestas como diagnósticos oficiales de trastornos mentales en la Sección II del DSM-5. Por lo tanto, estos conjuntos de criterios propuestos no están destinados al uso clínico; Sólo los conjuntos de criterios y trastornos de la Sección II del DSM-5 están oficialmente reconocidos y deben utilizarse con fines clínicos.

Síndrome de psicosis atenuada

Criterios propuestos

A. Al menos uno de los siguientes síntomas está presente y es de gravedad o frecuencia suficiente para justificar atención clínica:

1. Delirios atenuados.
2. Alucinaciones atenuadas.
3. Habla desorganizada atenuada.

B. Los síntomas deben haber estado presentes al menos una vez por semana durante el último mes.

C. Los síntomas deben haber comenzado o empeorado durante el último año.

D. Los síntomas son lo suficientemente angustiosos e incapacitantes para el individuo como para justificar atención clínica.

E. Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, incluido un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, y no son atribuibles a

Machine Translated by Google

los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica.

F. Nunca se han cumplido los criterios para ningún trastorno psicótico.

Características diagnósticas Los

síntomas psicóticos atenuados, tal como se definen en el Criterio A, son similares a la psicosis pero están por debajo del umbral para ser considerados un síntoma psicótico que contaría para el diagnóstico de un trastorno psicótico. En comparación con los trastornos psicóticos completos, los síntomas son menos graves y más transitorios. Además, el individuo mantiene una percepción razonable de las experiencias de tipo psicótico y, en general, aprecia que las percepciones están alteradas y que la ideación mágica no es convincente. La psicosis atenuada no tiene la naturaleza fija necesaria para el diagnóstico de un trastorno psicótico en toda regla. En la psicosis atenuada, se pueden suscitar dudas sobre las creencias, se puede inducir el escepticismo sobre las percepciones y se puede poner a prueba la percepción mediante preguntas abiertas, como “Veo que así es como experimentas el mundo. ¿Podría haber una explicación diferente? " Un diagnóstico de síndrome de psicosis atenuada requiere una psicopatología del estado asociada con un deterioro funcional en lugar de una patología rasgo de larga data. La psicopatología no ha progresado hasta alcanzar una gravedad psicótica total. Los cambios en las experiencias y conductas son notados por el individuo u otros, lo que sugiere un cambio clínicamente significativo en el estado mental (es decir, los síntomas son de gravedad o frecuencia suficiente para justificar atención clínica) (Criterio A).

Los delirios atenuados (Criterio A1) pueden tener contenido ideacional de sospecha/persecución, incluidas ideas de referencia persecutorias. El individuo puede tener una actitud cautelosa y desconfiada.
Cuando este tipo de delirio atenuado es de gravedad moderada, el individuo considera que los demás no son dignos de confianza y puede estar hipervigilante o sentir mala voluntad en los demás. Cuando los delirios atenuados son graves pero están por debajo del umbral para ser considerados psicóticos, el individuo alberga creencias poco organizadas sobre el peligro o la intención hostil. El comportamiento cauteloso en la entrevista puede interferir con la capacidad de recopilar información, y la propensión a ver el mundo como hostil y peligroso es fuerte. Por otro lado, los delirios atenuados pueden tener un contenido grandioso que se presenta como una sensación poco realista de capacidad superior. Cuando este tipo de delirio atenuado es de gravedad moderada, el individuo alberga nociones de ser talentoso, influyente o especial. Cuando los delirios atenuados son graves, el individuo tiene creencias de superioridad que a menudo alienan a los amigos y preocupan a los familiares. Los pensamientos de ser especial pueden conducir a planes e inversiones poco realistas.

Las alucinaciones atenuadas (Criterio A2) incluyen alteraciones en las percepciones sensoriales, normalmente auditivas y/o visuales. Cuando las alucinaciones atenuadas son moderadas, los sonidos y las imágenes a menudo no están formados (p. ej., sombras, estelas, halos, murmullos, estruendos) y se experimentan como inusuales o desconcertantes. Cuando las alucinaciones atenuadas son graves, estas experiencias se vuelven más vívidas y frecuentes (es decir, ilusiones o alucinaciones recurrentes que captan la atención y afectan el pensamiento y la concentración). Estas anomalías perceptuales pueden alterar el comportamiento, pero aún así se puede inducir escepticismo sobre su realidad.

La comunicación desorganizada atenuada (Criterio A3) puede manifestarse como un discurso extraño (vago, metafórico, demasiado elaborado, estereotipado), un discurso desenfocado (confuso, confuso, demasiado rápido o demasiado lento, palabras equivocadas, contexto irrelevante, fuera de lugar) o un discurso sinuoso (circunstancial). ,

Machine Translated by Google

tangencial). Cuando la desorganización es moderadamente grave, el individuo frecuentemente se mete en temas irrelevantes pero responde fácilmente a preguntas aclaratorias. El discurso se vuelve sinuoso y circunstancial y puede resultar extraño pero comprensible. Cuando la desorganización es severa, el individuo no logra ir al grano sin guía externa (tangencial). En un nivel más severo, pueden ocurrir con poca frecuencia algunos bloqueos de pensamiento o asociaciones sueltas, especialmente cuando el individuo está bajo presión, pero las preguntas de reorientación rápidamente devuelven estructura y organización a la conversación.

El individuo debe experimentar angustia y/o un desempeño deficiente en el funcionamiento social o de roles (Criterio D), y el individuo u otras personas responsables deben notar los cambios y expresar preocupación, de modo que esté indicada la atención clínica (Criterio A).

Hay medidas disponibles para determinar si se cumplen los Criterios A a E o para identificar ampliamente un estado clínico de alto riesgo de psicosis.

Funciones asociadas

El individuo puede experimentar pensamiento mágico, dificultad de concentración, cierta desorganización en el pensamiento o el comportamiento, desconfianza excesiva, ansiedad, retraimiento social y alteración del ciclo de sueño-vigilia. A menudo se observan deterioro de la función cognitiva y síntomas negativos.

Las variables de neuroimagen distinguen las cohortes con síndrome de psicosis atenuada de las cohortes de control normales con patrones similares, pero menos graves, que los observados en la esquizofrenia.
Sin embargo, los datos de neuroimagen no son diagnósticos a nivel individual.

Predominio

Hay muy poca información disponible sobre la prevalencia. Sin embargo, en Suiza, donde se realizó uno de los pocos estudios relevantes, se encontró que la prevalencia del síndrome de psicosis atenuada en personas de entre 16 y 40 años que no buscaban ayuda era sólo del 0,3%. Otro 2,3% tiene síntomas atenuados que cumplen el Criterio A, pero estos síntomas comenzaron antes del año pasado o no empeoraron durante el año pasado, como lo requiere el Criterio C. Hasta en el 7% de la población general en un amplio rango de En algunos países, los individuos reconocen haber experimentado delirios o alucinaciones atenuados. Si bien la prevalencia de los síntomas del Criterio A puede ser mayor o menor entre países o grupos étnicos, la prevalencia de síntomas de psicosis atenuados tiende a ser mayor entre los grupos de inmigrantes que entre las poblaciones nativas, posiblemente debido a una mayor exposición al trauma y la discriminación.

Desarrollo y evolución El inicio del

síndrome de psicosis atenuada suele producirse entre mediados y finales de la adolescencia o principios de la edad adulta. Puede estar precedido por un desarrollo normal o evidencia de deterioro cognitivo, síntomas negativos o deterioro del desarrollo social. En las cohortes que buscaban ayuda, aquellos cuyas presentaciones cumplían con los criterios para el síndrome de psicosis atenuada tenían una mayor probabilidad de desarrollar psicosis en comparación con aquellos cuyas presentaciones no cumplían con los criterios. En el grupo cuyas presentaciones cumplieron los criterios, el riesgo acumulado a 3 años fue de hasta el 22%, y en el grupo cuyas

Machine Translated by Google

Las presentaciones no cumplieron con los criterios, el riesgo acumulado de psicosis a 3 años fue del 1,54%. Los factores que predicen la progresión a un trastorno psicótico completo (más frecuentemente un trastorno del espectro de la esquizofrenia) incluyen el sexo masculino, el estrés/trauma de por vida, el desempleo, vivir solo, la gravedad de los síntomas psicóticos positivos atenuados, la gravedad de los síntomas negativos, los síntomas cognitivos y desorganizados y el funcionamiento deficiente. El once por ciento de los casos de síndrome de psicosis atenuada que progresan a psicosis completa desarrollan psicosis afectiva (trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas), mientras que el 73% de los casos de síndrome de psicosis atenuada que progresan a psicosis completa desarrollan un trastorno del espectro de la esquizofrenia. La mayor parte de la evidencia ha validado los criterios de síntomas psicóticos atenuados en personas de 12 a 35 años, pero solo hay evidencia limitada en los más jóvenes. Aunque el mayor riesgo de transición a la psicosis se produce dentro de los primeros 2 años, los individuos continúan en riesgo hasta 10 años después de la derivación inicial, con un riesgo general de transición del 34,9% en un período de 10 años. Los individuos que presentan síndrome de psicosis atenuada pueden mostrar otros resultados clínicos deficientes más allá del desarrollo de psicosis, como síntomas psicóticos atenuados persistentes, trastornos mentales comórbidos persistentes o recurrentes, discapacidad y bajo funcionamiento. La remisión clínica está presente en sólo un tercio de los individuos con síndrome de psicosis atenuada. En general, alrededor de un tercio de estos individuos desarrollaría psicosis, un tercio remitiría y un tercio presentaría una discapacidad persistente.

Factores de Riesgo y Pronóstico

Temperamental. No se han identificado los factores que predicen el pronóstico del síndrome de psicosis atenuada. caracterizado definitivamente.

Genético y fisiológico. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios del síndrome de psicosis atenuada, no hay evidencia de que un historial familiar de psicosis aumente el riesgo de psicosis en comparación con los sujetos de control durante un período de 4 años. Los datos de imágenes estructurales, funcionales, electrofisiológicas y neuroquímicas se asocian con un mayor riesgo de transición a la psicosis.
Sin embargo, estos predictores aún no han sido validados para uso clínico.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura

Puede resultar difícil evaluar la presencia de síntomas atenuados sin considerar el impacto del contexto sociocultural. Algunas experiencias perceptivas (p. ej., oír ruidos, ver sombras) y creencias religiosas o sobrenaturales (p. ej., mal de ojo, causar enfermedades mediante maldiciones, influencia de espíritus) pueden considerarse extrañas en algunos contextos culturales y aceptadas en otros. Además, las poblaciones que experimentan trauma o persecución (p. ej., tortura, violencia política, racismo, discriminación) pueden informar síntomas y temores que pueden juzgarse erróneamente como delirios paranoicos atenuados o francos, debido al impacto del trauma en el estado de ánimo y la comunicación del individuo. ej., algunos temores pueden ser apropiados para evitar amenazas y pueden mezclarse con temores de recurrencia del trauma o síntomas postraumáticos). Los grupos con mayor riesgo de diagnóstico erróneo incluyen a los inmigrantes, las poblaciones étnicas y racializadas socialmente oprimidas y otros grupos que enfrentan adversidad social y discriminación. El criterio de angustia y deterioro ayuda a distinguir las experiencias socioculturalmente normativas de los síntomas del síndrome de psicosis atenuada (p. ej., cautela adaptativa hacia las figuras de autoridad por parte de grupos discriminados, que puede confundirse con

Machine Translated by Google

paranoia).

Consecuencias funcionales del síndrome de psicosis atenuada Muchas personas pueden experimentar deficiencias funcionales en el momento de la presentación. El deterioro moderado a moderado en el funcionamiento social y de roles puede persistir incluso con la disminución de los síntomas.

Diagnóstico Diferencial Trastorno psicótico breve. Cuando los síntomas del síndrome de psicosis atenuada se manifiestan inicialmente, pueden parecerse a los síntomas de un trastorno psicótico breve. Sin embargo, en el síndrome de psicosis atenuada, los síntomas atenuados (delirios, alucinaciones o habla desorganizada) no cruzan el umbral de la psicosis.

Trastorno esquizotípico de la personalidad. Las características sintomáticas del trastorno esquizotípico de la personalidad, particularmente durante las primeras etapas de presentación, son similares a las del síndrome de psicosis atenuada. Sin embargo, el trastorno esquizotípico de la personalidad es un trastorno rasgo relativamente estable que no cumple con los aspectos dependientes del estado (Criterio C) del síndrome de psicosis atenuada. Además, se requiere una gama más amplia de síntomas para el diagnóstico del trastorno esquizotípico de la personalidad.

Distorsiones de la realidad que ocurren en otros trastornos mentales. Las distorsiones de la realidad que pueden parecerse a delirios atenuados pueden ocurrir en el contexto de otros trastornos mentales (p. ej., sentimientos de baja autoestima o atribuciones de baja consideración por parte de los demás en el contexto de un trastorno depresivo mayor, una sensación de ser el foco de atención no deseada en el contexto del trastorno de ansiedad social, autoestima inflada en el contexto de un habla presionada y necesidad reducida de dormir en el trastorno bipolar I o bipolar II, una sensación de incapacidad para experimentar sentimientos en el contexto de un miedo intenso al abandono real o imaginario y automutilación recurrente en el trastorno límite de la personalidad). Si estas distorsiones de la realidad ocurren sólo durante

el curso de otro trastorno mental, no se haría un diagnóstico adicional de síndrome de psicosis atenuada.

Reacción de adaptación de la adolescencia. Los síntomas leves y transitorios típicos del desarrollo normal y consistentes con el grado de estrés experimentado no califican para el síndrome de psicosis atenuada.

Fin extremo de la aberración perceptiva y del pensamiento mágico en la población no enferma. Este La posibilidad de diagnóstico debe considerarse firmemente cuando las distorsiones de la realidad no están asociadas con angustia, deterioro funcional y necesidad de atención.

Trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos. atenuado Los delirios y las y alucinaciones atenuadas pueden ocurrir en el contexto de una intoxicación por cannabis, alucinógenos, fenciclidina, inhalantes y estimulantes, o durante la abstinencia de alcohol y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. El síndrome de psicosis atenuada no debe diagnosticarse si los síntomas psicóticos atenuados ocurren sólo durante el uso de sustancias, en cuyo caso puede preferirse un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos.

Desorden hiperactivo y deficit de atencion. Un historial de deterioro de la atención no excluye un diagnóstico actual de síndrome de psicosis atenuada. El deterioro de la atención temprana puede ser un

Machine Translated by Google

condición prodrómica o trastorno comórbido de déficit de atención/hiperactividad.

Comorbilidad La

mayoría de las personas con síndrome de psicosis atenuada experimentan algún trastorno mental comórbido, principalmente depresión (41%) y/o ansiedad (15%). Un poco más de la mitad de los individuos tienen al menos un trastorno comórbido en el seguimiento, la mayoría de los cuales estaban presentes cuando el individuo fue evaluado por primera vez; la persistencia de trastornos comórbidos durante el seguimiento se asocia con malos resultados clínicos y funcionales. Aunque algunos individuos con un diagnóstico de síndrome de psicosis atenuada progresarán hasta desarrollar un nuevo diagnóstico, incluidos trastornos de ansiedad, depresivos, bipolares y de personalidad, los individuos con síndrome de psicosis atenuada no tienen un mayor riesgo de desarrollar nuevos trastornos no psicóticos en comparación con los sujetos de control que buscan ayuda. .

Episodios depresivos con hipomanía de corta duración

Criterios propuestos

Experiencia en la vida de al menos un episodio depresivo mayor que cumpla con los siguientes criterios:
A. Cinco (o más) de

los siguientes criterios han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio con respecto al funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.
(Nota: no incluya síntomas que sean claramente atribuibles a una afección médica).

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indicado por un informe subjetivo (p. ej., se siente triste, vacío o desesperado) o por la observación hecha por otros (p. ej., parece lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, puede haber estado de ánimo irritable.)
2. Interés o placer marcadamente disminuido en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica el relato subjetivo o la observación).
3. Pérdida de peso significativa cuando no se hace dieta o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considere la posibilidad de no lograr el aumento de peso esperado).

4. Insomnio o hipersomnio casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por los demás, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o desaceleración).

Machine Translated by Google

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días. (ya sea por relato subjetivo o según lo observado por otros).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o otra condición médica.

D. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo y no se superpone a la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado ni a otros trastornos psicóticos.

Al menos dos episodios de períodos hipomaníacos en la vida que involucren los síntomas de criterio requeridos a continuación pero que no tengan una duración suficiente (al menos 2 días pero menos de 4 días consecutivos) para cumplir con los criterios de un episodio hipomaníaco. Los síntomas de criterio son los siguientes: A. Un período distinto de estado

de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y aumento anormal y persistente de actividad o energía.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de energía y actividad, tres (o más) de los siguientes síntomas han persistido (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notable del comportamiento habitual y han estado presentes en una proporción significativa. grado: 1. Autoestima inflada o

grandiosidad.

2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo 3 horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presionado para seguir hablando.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se aceleran.
5. Distracción (es decir, atención demasiado fácil a cosas sin importancia o irrelevantes). estímulos externos), tal como se informa u observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a objetivos (ya sea social, en el trabajo o la escuela, o sexualmente) o agitación psicomotora.
7. Participación excesiva en actividades que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (por ejemplo, el individuo se involucra en compras desenfrenadas, indiscreciones sexuales o inversiones comerciales tontas).

C. El episodio se asocia con un cambio inequívoco en el funcionamiento que es poco característico del individuo cuando no es sintomático.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables mediante

Machine Translated by Google

otros.

E. El episodio no es lo suficientemente grave como para causar un deterioro marcado en el funcionamiento social u ocupacional o para requerir hospitalización. Si hay rasgos psicóticos, el episodio es, por definición, maníaco.

F. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un droga de abuso, un medicamento u otro tratamiento).

Características diagnósticas

Los individuos con episodios depresivos con hipomanía de corta duración han experimentado al menos un episodio depresivo mayor, así como al menos dos episodios de 2 a 3 días de duración en los que se cumplieron los criterios de un episodio hipomaníaco (excepto la duración de los síntomas). Estos episodios tienen suficiente intensidad para ser categorizados como episodio hipomaníaco pero no cumplen con el requisito de duración de 4 días. Los síntomas están presentes en un grado significativo, de modo que representan un cambio notable con respecto al comportamiento normal del individuo.

Un individuo con antecedentes de un episodio hipomaníaco sindrómico y un episodio depresivo mayor tiene por definición trastorno bipolar II, independientemente de la duración actual de los síntomas hipomaníacos.

Funciones asociadas

Los individuos que han experimentado tanto hipomanía de corta duración como un episodio depresivo mayor, con su mayor comorbilidad psiquiátrica, mayor historia familiar de trastorno bipolar, inicio más temprano, episodios depresivos mayores más recurrentes y mayor tasa de intentos de suicidio, se parecen más a los individuos con trastorno bipolar. trastorno que aquellos con trastorno depresivo mayor.

Predominio

La prevalencia de episodios depresivos con hipomanía de corta duración no está clara, ya que aún no se han publicado estudios epidemiológicos que utilicen la definición del DSM-5. Utilizando criterios algo diferentes (hipomanía subumbral definida por cualquiera de los siguientes: duración inferior a 4 días o tener menos de tres síntomas del Criterio B), el trastorno depresivo mayor con hipomanía subumbral ocurre en hasta el 6,7% de la población de EE. UU., lo que lo hace más común que el trastorno bipolar I o II. Sin embargo, en entornos clínicos estudiados en diversos países, los episodios depresivos con hipomanía de corta duración son aproximadamente una cuarta parte más comunes que los episodios depresivos con hipomanía de larga duración. Los episodios depresivos con hipomanía de corta duración pueden ser más comunes en mujeres, quienes pueden presentar más características de depresión atípica.

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico. Los antecedentes familiares de trastorno bipolar son de tres a cuatro veces más comunes entre personas con episodios depresivos con hipomanía de corta duración que entre aquellos con trastorno depresivo mayor, mientras que los antecedentes familiares de trastorno bipolar son similares entre personas con episodios depresivos e hipomanía de corta duración o completa. hipomanía de duración.

Machine Translated by Google

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Las personas con episodios depresivos con hipomanía de corta duración tienen tasas más altas de intentos de suicidio que las personas con trastorno depresivo mayor y tasas similares de intentos de suicidio en comparación con las personas con episodios depresivos e hipomanía de larga duración (trastorno bipolar II).

Consecuencias funcionales de la hipomanía de corta duración Las deficiencias funcionales asociadas específicamente con episodios depresivos con hipomanía de corta duración aún no están completamente determinadas. Sin embargo, las investigaciones sugieren que las personas con este trastorno tienen una evaluación global similar de las puntuaciones de funcionamiento en comparación con aquellos con episodios depresivos con hipomanía de larga duración.

Diagnóstico diferencial Trastorno bipolar II. El trastorno bipolar II se caracteriza por episodios depresivos mayores y episodios hipomaníacos, mientras que los episodios depresivos con hipomanía de corta duración se caracterizan por episodios depresivos con períodos de 2 a 3 días de síntomas hipomaníacos. Una vez que un individuo ha experimentado un episodio hipomaníaco completo que dura 4 días o más, además de episodios depresivos mayores de por vida, el diagnóstico cambia y sigue siendo trastorno bipolar II independientemente de la duración de futuros períodos de síntomas hipomaníacos.

Trastorno depresivo mayor. El trastorno depresivo mayor también se caracteriza por al menos un episodio depresivo mayor en la vida. Sin embargo, la presencia adicional de al menos dos períodos de 2 a 3 días de síntomas hipomaníacos conduce a un diagnóstico de episodios depresivos con hipomanía de corta duración en lugar de un trastorno depresivo mayor.

Trastorno depresivo mayor con características mixtas. Tanto el trastorno depresivo mayor con características mixtas como los episodios depresivos con hipomanía de corta duración se caracterizan por la presencia de algunos síntomas hipomaníacos y un episodio depresivo mayor. Sin embargo, el trastorno depresivo mayor con características mixtas se caracteriza por características hipomaníacas que se manifiestan simultáneamente con un episodio depresivo mayor, mientras que los individuos con episodios depresivos con hipomanía de corta duración experimentan hipomanía subsindrómica y depresión mayor totalmente sindrómica en diferentes momentos.

Trastorno bipolar I. El trastorno bipolar I se diferencia de los episodios depresivos con hipomanía de corta duración por al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida, que es más largo (al menos una semana) y más grave (que causa un deterioro marcado en el funcionamiento social u ocupacional o que requiere hospitalización para evitar daños a uno mismo). y otros) que un episodio hipomaníaco. Un episodio (de cualquier duración) que implique síntomas psicóticos o requiera hospitalización es, por definición, un episodio maníaco y no hipomaníaco.

Trastorno ciclotímico. Si bien el trastorno ciclotímico se caracteriza por períodos de síntomas depresivos y períodos de síntomas hipomaníacos, la presencia a lo largo de la vida de un episodio depresivo mayor impide el diagnóstico de trastorno ciclotímico.

Machine Translated by Google

Criterios propuestos

Un patrón problemático de consumo de cafeína que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos los primeros tres de los siguientes criterios que ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. Un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el consumo de cafeína.

2. Consumo continuo de cafeína a pesar de saber que tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por la cafeína.

3. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes:
   a. El síndrome de abstinencia característico de la cafeína. b. Se toma cafeína (o una sustancia estrechamente relacionada) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

4. La cafeína a menudo se toma en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que se tomaba. destinado.

5. Uso recurrente de cafeína que resulte en el incumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., tardanzas o ausencias repetidas del trabajo o la escuela relacionadas con el uso o la abstinencia de cafeína).

6. Consumo continuo de cafeína a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la cafeína (p. ej., discusiones con el cónyuge sobre las consecuencias del uso, problemas médicos, costo).

7. Tolerancia, según lo definido por cualquiera de los siguientes:
   a. Necesidad de cantidades notablemente mayores de cafeína para lograr el efecto deseado. b. Efecto notablemente disminuido con el uso continuo de la misma cantidad de cafeína.

8. Se dedica una gran cantidad de tiempo a actividades necesarias para obtener cafeína, consumirla o recuperarse de sus efectos.

9. Ansia o fuerte deseo o necesidad de consumir cafeína.

Varios estudios de investigación han proporcionado documentación y caracterización de personas con consumo problemático de cafeína, y varias revisiones proporcionan un análisis de esta literatura. El algoritmo de diagnóstico de trabajo propuesto para el estudio del trastorno por consumo de cafeína difiere del de otros trastornos por consumo de sustancias, lo que refleja la necesidad de identificar sólo los casos que tienen suficiente importancia clínica para justificar el etiquetado de un trastorno mental. Un objetivo clave de incluir el trastorno por consumo de cafeína en esta sección del DSM-5 es estimular la investigación que determinará la confiabilidad, validez y prevalencia del trastorno por consumo de cafeína con base en el esquema de diagnóstico propuesto, con especial atención a la asociación del diagnóstico con deficiencias funcionales como parte de las pruebas de validez.

Machine Translated by Google

Los criterios propuestos para el trastorno por consumo de cafeína reflejan la necesidad de un umbral de diagnóstico más alto que el utilizado para otros trastornos por consumo de sustancias. Dicho umbral tiene como objetivo prevenir el sobrediagnóstico del trastorno por consumo de cafeína debido a la alta tasa de consumo diario habitual y no problemático de cafeína en la población general.

Características diagnósticas

El trastorno por consumo de cafeína se caracteriza por el uso continuo de cafeína y la falta de control de su uso a pesar de las consecuencias físicas y/o psicológicas negativas. En dos encuestas de población de EE. UU., entre el 14% y el 17% de los consumidores de cafeína respaldaron su consumo a pesar de los problemas físicos o psicológicos, entre el 34% y el 45% informaron de un deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar el consumo de cafeína, y entre el 18% y el 27% informaron que la abstinían o la consumían. cafeína para aliviar o evitar la abstinencia. En estas mismas encuestas, algunos consumidores de cafeína informaron haber consumido más cafeína de la prevista, haber pasado mucho tiempo consumiendo u obteniendo cafeína (p. ej., bebiendo café todo el día y hasta la noche), tolerancia, un fuerte deseo o ansia de cafeína, falta de Cumplir obligaciones importantes debido a la cafeína (p. ej., pasar tiempo de vacaciones familiares buscando bebidas con cafeína, lo que resulta en problemas en la relación; llegar tarde repetidamente al trabajo debido a la necesidad de tomar un café) y, en mucho menor medida, consumir cafeína a pesar de las relaciones sociales o interpersonales. problemas. Los problemas médicos y psicológicos atribuidos a la cafeína incluyeron problemas cardíacos, estomacales y urinarios, y quejas de ansiedad, depresión, insomnio, irritabilidad y dificultad para pensar.

En un estudio de 2.259 consumidores de cafeína húngaros, el análisis factorial de los nueve criterios del trastorno por consumo de cafeína dio como resultado una solución de un factor, lo que sugiere que el trastorno por consumo de cafeína es un constructo unitario. En dos estudios de tratamiento con cafeína en el área de Baltimore, los criterios más comúnmente respaldados fueron la abstinencia (97%), el deseo persistente o esfuerzos infructuosos para controlar el consumo (91%-94%) y el consumo a pesar del conocimiento de los problemas físicos o psicológicos causados por la cafeína. 75%–91%).

Entre las personas que buscaban tratamiento por el consumo problemático de cafeína, el 88 % informó haber hecho intentos serios previos de modificar el consumo de cafeína, y entre el 43 % y el 47 % informó haber sido aconsejado por un profesional médico para reducir o eliminar la cafeína. Las razones más comunes para modificar el consumo de cafeína fueron las relacionadas con la salud (59%) y el deseo de no depender de la cafeína (35%).

El texto sobre la abstinencia de cafeína en el capítulo de la Sección II “Trastornos adictivos y relacionados con sustancias” proporciona información sobre las características del criterio de abstinencia. Está bien documentado que los consumidores habituales de cafeína pueden experimentar un síndrome de abstinencia bien definido tras una abstinencia aguda de cafeína, y muchas personas dependientes de la cafeína informan un uso continuo de cafeína para evitar experimentar síntomas de abstinencia.

Predominio

La prevalencia del trastorno por consumo de cafeína en la población general no está clara. Un estudio poblacional realizado en Vermont informó que el 9% de las personas respaldaron los tres criterios propuestos para el trastorno por consumo de cafeína del DSM-5 más tolerancia. En una muestra de 1.006 adultos consumidores de cafeína reclutados utilizando cuotas demográficas para reflejar la población estadounidense, el 8% aprobó los tres criterios necesarios para el diagnóstico de un trastorno por consumo de cafeína.

Machine Translated by Google

En una muestra de adolescentes consumidores de cafeína que acudieron a recibir atención médica de rutina en un hospital de Boston, el 3,9% aprobó los tres criterios necesarios para el diagnóstico de un trastorno por consumo de cafeína. Entre una muestra de conveniencia de consumidores de cafeína en Hungría, el 13,9% apoyó los tres criterios, y el 4,3% de ellos informó que los síntomas le causaban un malestar significativo en su vida cotidiana.

Desarrollo y evolución Las personas cuyo patrón de consumo cumple los criterios de un trastorno por consumo de cafeína han mostrado una amplia gama de ingesta diaria de cafeína y han sido consumidores de diversos tipos de productos con cafeína (p. ej., café, refrescos, té, bebidas energéticas) y medicamentos. Se ha demostrado que un diagnóstico de trastorno por consumo de cafeína predice prospectivamente una mayor incidencia de refuerzo de cafeína y una abstinencia más grave.

No se han realizado investigaciones longitudinales o transversales sobre la duración de la vida sobre el trastorno por consumo de cafeína. El trastorno por consumo de cafeína se ha identificado tanto en adolescentes como en adultos. Las tasas de consumo de cafeína y el nivel general de consumo de cafeína en los Estados Unidos tienden a aumentar con la edad. Se desconocen los factores relacionados con la edad para el trastorno por consumo de cafeína, aunque crece la preocupación relacionada con el consumo excesivo de cafeína entre adolescentes y adultos jóvenes mediante el uso de bebidas energéticas con cafeína.

Factores de Riesgo y Pronóstico Genéticos y fisiológicos. Las heredabilidades del consumo excesivo de cafeína, la tolerancia a la cafeína y la abstinencia de cafeína oscilan entre el 35% y el 77%. En el caso del consumo de cafeína, el consumo de alcohol y el tabaquismo, un factor genético común (consumo de polisustancias) subyace al uso de estas tres sustancias, y entre el 28% y el 41% de los efectos hereditarios del consumo (o el consumo excesivo) de cafeína se comparten con el alcohol y el tabaquismo. . El consumo de cafeína y tabaco y los trastornos por consumo están asociados y sustancialmente influidos por factores genéticos exclusivos de estas drogas lícitas. La magnitud de la heredabilidad de los marcadores del trastorno por consumo de cafeína parece ser similar a la de los marcadores del trastorno por consumo de alcohol y tabaco.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura El consumo de cafeína se ve afectado por el origen geográfico, el contexto cultural, el estilo de vida, el comportamiento social y el estatus económico. El tipo de bebida con cafeína preferida (p. ej., té; café; refrescos carbonatados que contienen cafeína; mate [una bebida hecha de la hierba yerba mate]) y el modo de preparación varían globalmente, lo que lleva a marcadas diferencias en las cantidades y tipos de compuestos en una “taza” de café, té o mate. Estas diferencias deben tenerse en cuenta a la hora de evaluar la cantidad de cafeína ingerida.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas Ninguna investigación aborda específicamente la relación entre el trastorno por consumo de cafeína y los pensamientos o comportamientos suicidas. Existe evidencia contradictoria respecto al consumo de cafeína; es decir, que los niveles elevados de consumo de cafeína pueden estar asociados con un mayor riesgo de pensamientos o conductas suicidas o pueden proteger contra pensamientos o conductas suicidas.

Machine Translated by Google

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de cafeína Una encuesta de población de EE. UU. encontró que aquellos que cumplían los criterios para el trastorno por consumo de cafeína tenían más probabilidades de informar una mayor angustia relacionada con la cafeína, sentirse mal o culpable por el consumo de cafeína, problemas de sueño, ansiedad, depresión y estrés. Un mayor número de síntomas totales respaldados también predijo estos resultados negativos. El trastorno por consumo de cafeína puede predecir un mayor consumo de cafeína durante el embarazo.

Diagnóstico diferencial Consumo no problemático de cafeína. La distinción entre el consumo no problemático de cafeína y el trastorno por consumo de cafeína puede ser difícil de hacer porque los problemas sociales, conductuales o psicológicos pueden ser difíciles de atribuir a la sustancia, especialmente en el contexto del consumo de otras sustancias. El consumo excesivo y regular de cafeína que puede provocar tolerancia y abstinencia es relativamente común, lo que por sí solo no debería ser suficiente para hacer un diagnóstico.

Otro trastorno por uso de estimulantes. Problemas relacionados con el uso de otros medicamentos o sustancias estimulantes. puede aproximarse a las características del trastorno por consumo de cafeína.

Desórdenes de ansiedad. El consumo excesivo crónico de cafeína puede simular un trastorno de ansiedad generalizada y el consumo agudo de cafeína puede producir e imitar ataques de pánico.

Comorbilidad Las comorbilidades asociadas con el trastorno por consumo de cafeína incluyen el tabaquismo diario de cigarrillos, el trastorno por consumo de cannabis y antecedentes familiares o personales de trastorno por consumo de alcohol. En comparación con los individuos de la población general, las tasas de trastorno por consumo de cafeína son más altas entre quienes buscan tratamiento por el consumo problemático de cafeína; personas que consumen tabaco; estudiantes de secundaria y universitarios; y aquellos con antecedentes de abuso de alcohol o drogas ilícitas. Las características del trastorno por consumo de cafeína pueden asociarse positivamente con varios diagnósticos: depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de personalidad antisocial y trastornos por consumo de alcohol, cannabis y cocaína.

Trastorno de los juegos de Internet

Criterios propuestos

Uso persistente y recurrente de Internet para participar en juegos, a menudo con otros jugadores, lo que lleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, según lo indicado por cinco (o más) de los siguientes en un período de 12 meses: 1. Preocupación por los juegos de Internet.

(El individuo piensa en la actividad de juego anterior o anticipa jugar el siguiente juego; los juegos de Internet se convierten en la actividad dominante en la vida diaria).

Nota: Este trastorno es distinto del juego por Internet, que se incluye en el trastorno del juego.

Machine Translated by Google

2. Síntomas de abstinencia cuando se eliminan los juegos por Internet. (Estos síntomas generalmente se describen como irritabilidad, ansiedad o tristeza, pero no hay signos físicos de abstinencia farmacológica).
3. Tolerancia: la necesidad de dedicar cada vez más tiempo a Internet juegos.
4. Intentos fallidos de controlar la participación en juegos de Internet.
5. Pérdida de intereses en pasatiempos y entretenimientos anteriores como resultado de, y con excepción de, juegos de Internet.

6. Uso excesivo y continuo de juegos de Internet a pesar del conocimiento de los problemas psicosociales. problemas.
7. Ha engañado a familiares, terapeutas u otras personas con respecto a la cantidad de juegos en Internet.
8. Uso de juegos de Internet para escapar o aliviar un estado de ánimo negativo (p. ej., sentimientos de impotencia, culpa, ansiedad).
9. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación, trabajo o educación o carrera importante. oportunidad debido a la participación en juegos de Internet.

Nota: En este trastorno sólo se incluyen los juegos de Internet que no son juegos de azar. No se incluye el uso de Internet para actividades requeridas en un negocio o profesión; El trastorno tampoco pretende incluir otro uso recreativo o social de Internet. Del mismo modo, quedan excluidos los sitios de Internet de carácter sexual.

Especifique la gravedad

actual: el trastorno de los juegos de Internet puede ser leve, moderado o grave según el grado de interrupción de las actividades normales. Las personas con un trastorno menos grave de los juegos de Internet pueden presentar menos síntomas y menos trastornos en sus vidas.
Aquellos con un trastorno grave de los juegos de Internet pasarán más horas frente a la computadora y perderán más gravemente sus relaciones u oportunidades profesionales o escolares.

El trastorno del juego es actualmente el único trastorno no relacionado con sustancias incluido en el capítulo de la Sección II del DSM-5, "Trastornos adictivos y relacionados con sustancias". Sin embargo, hay otros trastornos del comportamiento que muestran algunas similitudes con los trastornos por uso de sustancias y el trastorno del juego para los cuales la palabra adicción se usa comúnmente en entornos no médicos, y la única condición con una literatura considerable es el juego compulsivo en Internet. Según se informa, el gobierno chino ha definido los juegos de Internet como una “adicción” y se considera una amenaza para la salud pública en Corea del Sur, donde se han establecido sistemas de tratamiento y prevención. Han aparecido informes sobre el tratamiento de esta afección en revistas médicas, principalmente de países asiáticos, pero también de Estados Unidos y otros países de altos ingresos.

El grupo de trabajo del DSM-5 revisó más de 240 artículos y encontró algunas similitudes de comportamiento entre los juegos de Internet y el trastorno del juego y los trastornos por uso de sustancias. Sin embargo, la literatura adolece de la falta de una definición estándar de la cual derivar datos de prevalencia. También falta una comprensión de la historia natural de los casos, con o sin tratamiento. El

Machine Translated by Google

La literatura describe muchas similitudes subyacentes con las adicciones a sustancias, incluidos aspectos de tolerancia, abstinencia, repetidos intentos fallidos de reducir o dejar de fumar y deterioro del funcionamiento normal. Además, las tasas de prevalencia aparentemente altas, tanto en los países asiáticos como en Occidente, justificaron la inclusión de este trastorno en la Sección III del DSM-5 y en el capítulo Trastornos mentales, conductuales y del neurodesarrollo de la CIE-11. Tenga en cuenta que desde la publicación del DSM-5, el número de informes clínicos ha seguido acumulándose, pero muchos de los problemas siguen sin resolverse.

El trastorno de los juegos de Internet ha alcanzado una importante importancia para la salud pública, y investigaciones adicionales pueden eventualmente conducir a evidencia de que el trastorno de los juegos de Internet (también conocido comúnmente como trastorno del uso de Internet, adicción a Internet o adicción a los juegos) tiene mérito como trastorno independiente. Al igual que con el trastorno del juego, deberían realizarse estudios epidemiológicos para determinar la prevalencia, el curso clínico, la posible influencia genética y los posibles factores biológicos basados, por ejemplo, en datos de imágenes cerebrales.

Funciones de diagnóstico

La característica esencial del trastorno de los juegos de Internet es un patrón de participación excesiva y prolongada en los juegos de Internet que resulta en un conjunto de síntomas cognitivos y conductuales, incluida la pérdida progresiva de control sobre los juegos, la tolerancia y la abstinencia.

síntomas, análogos a los síntomas de los trastornos por uso de sustancias. Estos juegos basados en Internet normalmente implican competencia entre grupos de jugadores que a menudo se encuentran en diferentes regiones del mundo, de modo que la independencia de la zona horaria fomenta una mayor duración del juego. Aunque el trastorno de los juegos de Internet con mayor frecuencia involucra juegos de Internet específicos con competencia multijugador, también puede incluir juegos fuera de línea computarizados que no son de Internet, aunque estos han sido menos investigados. Los juegos de Internet a menudo incluyen un aspecto significativo de interacciones sociales durante el juego, y los aspectos del juego en equipo parecen ser una motivación clave. Los intentos de dirigir al individuo hacia el trabajo escolar o las actividades interpersonales encuentran una fuerte resistencia.

Las personas con trastorno de juegos en Internet continúan sentándose frente a una computadora y participando en actividades de juego a pesar de descuidar otras actividades. Por lo general, dedican de 8 a 10 horas o más por día a esta actividad y al menos 30 horas por semana. Si se les impide usar una computadora y regresar al juego, se agitan y se enojan. A menudo pasan largos períodos sin comer ni dormir. Se descuidan las obligaciones normales, como la escuela o el trabajo, o las obligaciones familiares.

Hasta que se determinen empíricamente los criterios óptimos y el umbral para el diagnóstico, se deben utilizar definiciones conservadoras, de modo que los diagnósticos se consideren para la aprobación de cinco o más de nueve criterios.

Funciones asociadas

Aunque no se han identificado tipos de personalidad consistentes asociados con el trastorno de los juegos de Internet, se han asociado con el trastorno la afectividad negativa, el desapego, el antagonismo, la desinhibición y el psicoticismo. Las personas con juegos compulsivos en Internet han demostrado activación cerebral en regiones específicas provocadas por la exposición al juego en Internet, pero no limitadas a las estructuras del sistema de recompensa.

Machine Translated by Google

Predominio

La prevalencia media del trastorno de los juegos de Internet en 12 meses se estima en un 4,7 % en varios países, con un rango del 0,7 % al 15,6 % en todos los estudios. La investigación que utiliza los criterios propuestos por el DSM-5 sugiere que la prevalencia es similar en los países asiáticos y occidentales. En los Estados Unidos, según grandes encuestas realizadas en Internet, la prevalencia del trastorno de los juegos de Internet según el DSM-5 es del 1% o menos. Un metaanálisis internacional de 16 estudios encontró una prevalencia combinada del trastorno de los juegos de Internet entre los adolescentes del 4,6%, y los adolescentes varones/hombres generalmente informaron una tasa de prevalencia más alta (6,8%) que las adolescentes/mujeres (1,3%).

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. La disponibilidad de computadoras con conexión a Internet permite el acceso a los tipos de juegos con los que se asocia con mayor frecuencia el trastorno de los juegos en Internet.

Genético y fisiológico. Los hombres adolescentes parecen tener mayor riesgo de desarrollar Internet trastorno del juego.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

El trastorno de los juegos de Internet parece ser más común en hombres adolescentes y adultos jóvenes que en mujeres adolescentes y adultas jóvenes. Los adolescentes varones de entre 12 y 15 años también pueden tener un mayor riesgo de sufrir efectos adversos del juego desordenado (p. ej., calificaciones escolares más bajas, soledad). También puede haber diferencias de género en los tipos de juegos que se juegan, ya que las adolescentes de entre 12 y 15 años tienden a elegir juegos que incluyen rompecabezas, música y temas sociales y educativos, mientras que los adolescentes varones de la misma edad eligen con mayor frecuencia acción, lucha , estrategia y juegos de rol que pueden tener un mayor potencial adictivo.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas

Pocos estudios abordan específicamente el suicidio en personas diagnosticadas con trastorno de juego en Internet, pero hay estudios disponibles sobre un fenotipo más amplio de comportamientos problemáticos en Internet y juegos en línea. Una encuesta de hogares representativa a nivel nacional de jóvenes australianos de entre 11 y 17 años (Young Minds Matter) encontró que el comportamiento problemático en Internet y los juegos en línea se asociaba con un mayor riesgo de intento de suicidio en el año anterior. Después de controlar la demografía, la depresión, el apoyo familiar y la autoestima, un estudio de encuesta realizado a 9.510 estudiantes taiwaneses de entre 12 y 18 años encontró que la adicción a Internet, incluidos los juegos en línea, se asociaba con pensamientos e intentos de suicidio. En una muestra representativa de 8.807 estudiantes de escuelas europeas seleccionadas al azar, el 3,62% tenía un trastorno de los juegos de Internet (según los criterios del DSM-5) y se consideró que el 3,11% de los estudiantes tenían un uso patológico de Internet pero no eran jugador
Ambos grupos mostraron riesgos igualmente mayores de síntomas emocionales, trastornos de conducta, hiperactividad/falta de atención, conductas autolesivas y pensamientos y conductas suicidas. Los efectos sobre la salud mental del uso problemático de Internet, incluidos los pensamientos o comportamientos suicidas, parecen estar relacionados y quizás mediados por el impacto del uso problemático de Internet en el sueño.

Consecuencias funcionales del trastorno de los juegos en Internet

Machine Translated by Google

El trastorno de los juegos de Internet puede provocar fracaso escolar, pérdida del empleo o fracaso matrimonial. El comportamiento de juego compulsivo tiende a desplazar las actividades sociales, escolares y familiares normales. Los estudiantes pueden mostrar calificaciones decrecientes y eventualmente fracasar en la escuela. Es posible que se descuiden las responsabilidades familiares.

Diagnóstico diferencial El uso

excesivo de Internet que no implica jugar juegos en línea (p. ej., uso excesivo de redes sociales, como Facebook; ver pornografía en línea) no se considera análogo al trastorno de los juegos en Internet, y futuras investigaciones sobre otros usos excesivos de Internet Es necesario seguir pautas similares a las sugeridas en este documento. El juego excesivo en línea puede calificar para un diagnóstico separado de trastorno del juego.

Comorbilidad La

salud puede verse descuidada debido al juego compulsivo. Otros diagnósticos que pueden estar asociados con el trastorno de los juegos de Internet incluyen el trastorno depresivo mayor, el TDAH y el trastorno obsesivo-compulsivo.

Trastorno neuroconductual asociado con el embarazo Exposición al alcohol

Criterios propuestos

A. Más que una exposición mínima al alcohol durante la gestación, incluso antes del reconocimiento del embarazo. La confirmación de la exposición gestacional al alcohol se puede obtener a partir del autoinforme materno sobre el consumo de alcohol durante el embarazo, registros médicos o de otro tipo, u observación clínica.

B. Funcionamiento neurocognitivo deteriorado manifestado por uno o más de los siguiente: 1.

Deterioro en el rendimiento intelectual global (es decir, coeficiente intelectual de 70 o menos, o una puntuación estándar de 70 o menos en una evaluación integral del desarrollo).

2. Deterioro del funcionamiento ejecutivo (p. ej., mala planificación y organización; inflexibilidad; dificultad con la inhibición del comportamiento).

3. Deterioro en el aprendizaje (p. ej., rendimiento académico inferior al esperado para nivel intelectual; Discapacidad Especifica de Aprendizaje).

4. Deterioro de la memoria (p. ej., problemas para recordar información aprendida recientemente; cometer repetidamente los mismos errores; dificultad para recordar instrucciones verbales largas).

Machine Translated by Google

5. Deterioro del razonamiento visoespacial (p. ej., dibujos o construcciones desorganizados o mal planificados; problemas para diferenciar la izquierda de la derecha).

C. Deterioro de la autorregulación manifestado por uno o más de los siguientes:

1. Deterioro del estado de ánimo o de la regulación del comportamiento (p. ej., labilidad del estado de ánimo; afecto negativo o irritabilidad; frecuentes arrebatos de comportamiento).
2. Déficit de atención (p. ej., dificultad para desviar la atención; dificultad para mantener la atención mental). esfuerzo).
3. Deterioro en el control de los impulsos (p. ej., dificultad para esperar turno; dificultad para cumplir con reglas).

D. Deterioro en el funcionamiento adaptativo manifestado por dos o más de los siguientes, uno de los cuales debe ser (1) o (2): 1. Déficit

de comunicación (p. ej., adquisición retrasada del lenguaje; dificultad para comprender el lenguaje hablado).

2. Deterioro en la comunicación e interacción social (p. ej., demasiado amigable con extraños; dificultad para leer señales sociales; dificultad para comprender las consecuencias sociales).

3. Deterioro en las habilidades de la vida diaria (p. ej., retraso en ir al baño, alimentarse o bañarse; dificultad para manejar el horario diario).
4. Deterioro de las habilidades motoras (p. ej., desarrollo motor fino deficiente; retraso en la consecución de hitos motores gruesos o déficits continuos en la función motora gruesa; déficits en la coordinación y el equilibrio).

E. El inicio del trastorno (síntomas de los criterios B, C y D) ocurre en la niñez.

F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, académicas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. El trastorno no se explica mejor por los efectos fisiológicos directos asociados con el uso posnatal de una sustancia (p. ej., un medicamento, alcohol u otras drogas), una afección médica general (p. ej., lesión cerebral traumática, delirio, demencia), otra enfermedad conocida. teratógeno (p. ej., síndrome de hidantoína fetal), una condición genética (p. ej., síndrome de Williams, síndrome de Down, síndrome de Cornelia de Lange) o negligencia ambiental.

El alcohol es un teratógeno neuroconductual y la exposición prenatal al alcohol tiene efectos teratogénicos sobre el desarrollo y la función posterior del sistema nervioso central (SNC). El trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol (ND-PAE) es un nuevo término aclaratorio que pretende abarcar toda la gama de discapacidades del desarrollo asociadas con la exposición al alcohol en el útero. El ND-PAE se puede diagnosticar tanto en ausencia como en presencia de los efectos físicos de la exposición prenatal al alcohol (p. ej., dismorfología facial necesaria para un diagnóstico de síndrome de alcoholismo fetal).

Funciones de diagnóstico

Las características esenciales de ND-PAE son la manifestación de deterioro en neurocognitivo,

Machine Translated by Google

funcionamiento conductual y adaptativo asociado con la exposición prenatal al alcohol. El deterioro se puede documentar basándose en evaluaciones diagnósticas anteriores (p. ej., evaluaciones psicológicas o educativas) o registros médicos, informes del individuo o informantes y/u observación de un médico.

Un diagnóstico clínico de síndrome de alcoholismo fetal, incluida la dismorfología facial prenatal específica relacionada con el alcohol y el retraso del crecimiento, puede utilizarse como evidencia de

niveles significativos de exposición prenatal al alcohol; Se han desarrollado pautas específicas para la dismorfología facial para diversas fisonomías etnoraciales. Aunque tanto estudios en animales como en humanos han documentado efectos adversos de niveles más bajos de consumo de alcohol, identificar cuánta exposición prenatal se necesita para impactar significativamente el resultado del desarrollo neurológico sigue siendo un desafío. Los datos sugieren que puede ser necesario un historial de exposición gestacional superior a la mínima antes del reconocimiento del embarazo y/o después del reconocimiento del embarazo. La exposición superior a la mínima se define como más de 13 tragos por mes durante el embarazo o más de 2 tragos en cualquier ocasión. Identificar un umbral mínimo de consumo de alcohol durante el embarazo requerirá considerar una variedad de factores que se sabe afectan la exposición y/o interactúan para influir en los resultados del desarrollo, incluida la etapa de desarrollo prenatal, el tabaquismo gestacional, la genética materna y fetal y el estado físico materno (es decir, edad, salud y ciertos problemas obstétricos).

Los síntomas de ND-PAE incluyen un deterioro marcado en el rendimiento intelectual global (CI) o deterioros neurocognitivos en cualquiera de las siguientes áreas: funcionamiento ejecutivo, aprendizaje, memoria y/o razonamiento visoespacial. Hay alteraciones de la autorregulación que pueden incluir alteraciones del estado de ánimo o de la regulación del comportamiento, déficit de atención o alteraciones del control de los impulsos. Finalmente, las deficiencias en el funcionamiento adaptativo incluyen déficits de comunicación y deficiencias en la comunicación e interacción social. Puede haber deterioro en las habilidades de la vida diaria (autoayuda) y deterioro en las habilidades motoras. Como puede resultar difícil obtener una evaluación precisa de las capacidades neurocognitivas de niños muy pequeños, es apropiado aplazar el diagnóstico para niños de 3 años o menos.

Funciones asociadas

Las características asociadas varían según la edad, el grado de exposición al alcohol y el entorno del individuo. A una persona se le puede diagnosticar este trastorno independientemente de su origen socioeconómico o cultural. Sin embargo, a menudo se presentan abuso continuo de alcohol o sustancias por parte de los padres, enfermedad mental de los padres, exposición a violencia doméstica o comunitaria, negligencia o abuso, relaciones de cuidado interrumpidas, múltiples colocaciones fuera del hogar y falta de continuidad en la atención médica o de salud mental.

Predominio

En los Estados Unidos, la prevalencia de ND-PAE (que abarca los trastornos del espectro alcohólico fetal) se ha estimado en 15,2/1.000 (rango: 11,3–50,0/1.000), y se obtuvieron estimaciones más altas cuando solo se incluyeron niños con evaluaciones completas (31,1– 98,5/1.000). Cuando se consideran las subpoblaciones vulnerables, las tasas de ND-PAE pueden ser mucho más altas (p. ej., entre los niños de

Machine Translated by Google

entornos de atención, 251,5/1.000), según un metanálisis de datos de varios países. En 2012, la prevalencia mundial media del trastorno del espectro alcohólico fetal en la población general fue de 7,7 por 1.000 personas, con una prevalencia de 8,8 por 1.000 en la región de las Américas (incluido Estados Unidos).

Desarrollo y evolución Entre las personas

con exposición prenatal al alcohol, la evidencia de disfunción del SNC varía según la etapa de desarrollo. Aunque aproximadamente la mitad de los niños pequeños expuestos prenatalmente al alcohol muestran un marcado retraso en el desarrollo en los primeros 3 años de vida, otros niños afectados por la exposición prenatal al alcohol pueden no presentar signos de disfunción del SNC hasta que llegan a la edad preescolar o escolar. Además, las deficiencias en los procesos cognitivos de orden superior (es decir, el funcionamiento ejecutivo), que a menudo se asocian con la exposición prenatal al alcohol, pueden evaluarse más fácilmente en niños mayores. Cuando los niños llegan a la edad escolar, las dificultades de aprendizaje, el deterioro de la función ejecutiva y los problemas con las funciones integradoras del lenguaje suelen surgir con mayor claridad, y tanto los déficits de habilidades sociales como los comportamientos desafiantes pueden volverse más evidentes. En particular, como la escuela y otros requisitos

se vuelven más complejos, se observan mayores déficits. Debido a esto, los años escolares representan las edades en las que sería más probable un diagnóstico de ND-PAE.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel educativo de la madre son factores de riesgo para el síndrome de alcoholismo fetal. Esta asociación está relacionada con factores sociales, estructurales y psicológicos que pueden aumentar el riesgo de consumo de alcohol por parte de las madres o empeorar su impacto, incluidos los determinantes sociales de la salud, como la alta concentración de licorerías en comunidades de bajos ingresos y etnorracialmente segregadas.

Cuestiones diagnósticas relacionadas con la cultura Los

factores socioeconómicos y culturales afectan el consumo de alcohol durante el embarazo, que oscila globalmente entre el 0,2% en la región del Mediterráneo oriental y el 25,2% en la región europea.
Los individuos que pertenecen a grupos étnicos que tienen proporciones más altas de ciertos alelos de las enzimas que metabolizan el alcohol (p. ej., de la aldehído deshidrogenasa 2) pueden tener menos probabilidades de presentar los efectos de la exposición prenatal al alcohol.

Asociación con pensamientos o comportamientos suicidas El suicidio es un

resultado de alto riesgo, con tasas que aumentan significativamente al final de la adolescencia y principios de la edad adulta. Los análisis de la base de datos nacional canadiense sobre trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF) muestran que entre las personas con TEAF que tienen una regulación afectiva alterada, existe un riesgo notablemente mayor de pensamientos o comportamientos suicidas. En un registro con sede en Alberta, se encontró que las personas con síndrome de alcoholismo fetal tienen un riesgo notablemente mayor de muerte prematura, y el 15% muere por suicidio. En California, un estudio de 54 adolescentes de entre 13 y 18 años con

Machine Translated by Google

FASD también demostró tasas notablemente más altas de pensamientos suicidas e intentos graves (todos por parte de niños) en comparación con la población adolescente general de EE. UU. En una encuesta canadiense, las madres de personas con TEAF tenían seis veces más probabilidades de morir por suicidio y casi cinco veces más probabilidades de intentar suicidarse después de dar a luz a un niño con TEAF en comparación con las madres cuyo hijo no tenía TEAF, lo que sugiere que Las mayores tasas de ideación suicida e intentos de suicidio entre jóvenes con FASD pueden estar mediadas por factores familiares (genéticos y/o ambientales), además de cualquier riesgo conferido por la propia condición de FASD.

Consecuencias funcionales del trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol La disfunción del SNC observada en

individuos con ND-PAE a menudo conduce a disminuciones en el comportamiento adaptativo y a un comportamiento desadaptativo con consecuencias para toda la vida. Se han asociado anomalías con ND-PAE en múltiples sistemas de órganos, incluidos el corazón, los riñones, el hígado, el tracto gastrointestinal y los sistemas endocrinos. Las personas afectadas por la exposición prenatal al alcohol tienen una mayor prevalencia de experiencias escolares interrumpidas, malos antecedentes laborales, problemas con la ley, confinamiento (legal o psiquiátrico) y condiciones de vida dependientes.

Diagnóstico diferencial Otras

consideraciones incluyen la exposición materna a otras sustancias durante el período prenatal; mala atención prenatal; los efectos fisiológicos del consumo posnatal de sustancias, como medicamentos, alcohol u otras sustancias; trastornos debidos a otra afección médica, como lesión cerebral traumática u otros trastornos neurocognitivos (p. ej., delirio, trastorno neurocognitivo mayor [demencia]); y abandono ambiental.

Condiciones genéticas como el síndrome de Williams, el síndrome de Down o Cornelia de Lange síndrome y otras condiciones teratogénicas como el síndrome de hidantoína fetal y

La fenilcetonuria materna puede tener características físicas y de comportamiento similares. Se necesita una revisión cuidadosa del historial de exposición prenatal para aclarar el agente teratogénico, y puede ser necesaria una evaluación por parte de un genetista clínico para distinguir las características físicas asociadas con estas y otras afecciones genéticas.

Comorbilidad Se

han identificado problemas de salud mental en más del 90% de las personas con antecedentes de exposición prenatal significativa al alcohol. El diagnóstico concurrente más común es el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, pero las investigaciones han demostrado que los individuos con ND-PAE difieren en las características neuropsicológicas y en su capacidad de respuesta a las intervenciones farmacológicas. Otros trastornos concurrentes de alta probabilidad incluyen el trastorno de oposición desafiante y el trastorno de conducta, pero la idoneidad de estos diagnósticos debe sopesarse en el contexto de las deficiencias significativas en el funcionamiento intelectual y ejecutivo general que a menudo se asocian con la exposición prenatal al alcohol. Se han descrito síntomas del estado de ánimo, incluidos síntomas del trastorno bipolar y trastornos depresivos. Los antecedentes de exposición prenatal al alcohol se asocian con un mayor riesgo de sufrir trastornos posteriores por consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias.

Machine Translated by Google

Criterios propuestos

R. En los últimos 24 meses, el individuo ha intentado suicidarse.

Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de conductas iniciada por un individuo que, en el momento de la iniciación, esperaba que el conjunto de acciones condujeran a su propia muerte. (El "momento de iniciación" es el momento en que tuvo lugar una conducta que implicó la aplicación del método).

B. El acto no cumple con los criterios de autolesión no suicida, es decir, no implica autolesión dirigida a la superficie del cuerpo realizada para inducir el alivio de un sentimiento/estado cognitivo negativo o para lograr un estado de ánimo positivo.

C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida ni a los actos preparatorios.

D. El acto no se inició durante un estado de delirio o confusión.

E. El acto no se realizó únicamente con un objetivo político o religioso.

Especificar

si: Actual: No más de 12 meses desde el último intento.

En remisión temprana: 12 a 24 meses desde el último intento.

Nota: Códigos ICD-10-CM para indicar si la conducta suicida es parte de la presentación clínica actual (T14.91A para encuentro inicial y T14.91D para encuentros posteriores) y/o si ha habido antecedentes de conducta suicida (Z91 .51) están disponibles para uso clínico para acompañar cualquier diagnóstico del DSM-5; Además, los códigos se pueden registrar en ausencia de un diagnóstico DSM-5. La definición de estos códigos se incluye en la Sección II, "Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica" (ver "Comportamiento suicida").

Prescriptores

La conducta suicida a menudo se clasifica en términos de violencia del método. Generalmente, las sobredosis de sustancias legales o ilegales se consideran un método no violento, mientras que los saltos, las heridas de bala y otros métodos se consideran violentos. Otra dimensión para la clasificación son las consecuencias médicas del comportamiento, definiéndose los intentos de alta letalidad como aquellos que requieren hospitalización médica más allá de una visita a una emergencia.

departamento. Una dimensión adicional considerada incluye el grado de planificación versus impulsividad del intento, una característica que podría tener consecuencias para el resultado médico de un intento de suicidio.

Si la conducta suicida ocurrió entre 12 y 24 meses antes de la evaluación, se considera que la afección está en remisión temprana.

Machine Translated by Google

Características diagnósticas

La manifestación esencial del trastorno de conducta suicida es el intento de suicidio. Un intento de suicidio es un comportamiento que el individuo ha emprendido con al menos cierta intención de morir. El comportamiento podría o no provocar lesiones o consecuencias médicas graves. Varios factores pueden influir en las consecuencias médicas del intento de suicidio, incluida una mala planificación, la falta de conocimiento sobre la letalidad del método elegido, la baja intencionalidad o ambivalencia, o la intervención casual de otros después de que se ha iniciado el comportamiento. Estos no deben considerarse al asignar el diagnóstico.

Determinar el grado de intención puede ser un desafío. Es posible que las personas no reconozcan su intención, especialmente en situaciones en las que hacerlo podría resultar en hospitalización o causar angustia a sus seres queridos. Los marcadores de riesgo incluyen el grado de planificación, incluida la selección de un momento y lugar para minimizar el rescate o la interrupción; el estado mental del individuo en el momento de la conducta, siendo especialmente preocupante la agitación aguda; alta reciente de atención hospitalaria; o interrupción reciente de un estabilizador del estado de ánimo como el litio o un antipsicótico como la clozapina en el caso de esquizofrenia. Ejemplos de “desencadenantes” ambientales incluyen el conocimiento reciente de un diagnóstico médico potencialmente fatal, como el cáncer, la pérdida repentina e inesperada de un familiar o pareja cercana, la pérdida de empleo o el desplazamiento de la vivienda. Por el contrario, características como hablar con otros sobre eventos futuros o estar preparado para firmar un contrato por seguridad son indicadores menos confiables.

Para que se cumplan los criterios, el individuo debe haber realizado al menos un intento de suicidio. Los intentos de suicidio pueden incluir conductas en las que, después de iniciar el intento de suicidio, el individuo cambió de opinión o alguien intervino. Por ejemplo, un individuo podría intentar ingerir una determinada cantidad de medicamento o veneno, pero detenerlo o ser detenido por otro antes de ingerir la cantidad total. Si el individuo es disuadido por otro o cambia de opinión antes de iniciar la conducta, no se debe realizar el diagnóstico. Los actos que califican para un diagnóstico de trastorno de conducta suicida no deberían haber sido iniciados exclusivamente durante un estado de delirio o confusión. Si el individuo se intoxicó deliberadamente antes de iniciar la conducta suicida para reducir la ansiedad anticipatoria y minimizar la interferencia con la conducta prevista, aún se puede hacer el diagnóstico.

Actualmente no existen instrumentos clínicos que arrojen valores predictivos positivos suficientes para convertirlos en herramientas útiles para predecir la conducta suicida a nivel del paciente. No es sorprendente que factores clínicos o biológicos aislados sean malos indicadores del riesgo de suicidio, porque la conducta suicida surge de una convergencia de múltiples factores de riesgo. Además, dada la heterogeneidad clínica de la conducta suicida, es probable que existan múltiples vías hacia la conducta suicida que sólo puedan captarse si se considera esta heterogeneidad. De manera similar, se han estudiado numerosos biomarcadores, pero no ha surgido ningún predictor sólido.

Desarrollo y evolución

El trastorno de conducta suicida puede ocurrir en cualquier momento de la vida, pero rara vez se observa en niños menores de 5 años. Aproximadamente entre el 25% y el 30% de las personas que intentan suicidarse volverán a intentarlo. Existe una variabilidad significativa en términos de frecuencia, método y letalidad de los intentos. Sin embargo, esto no es diferente de lo que se observa en otras enfermedades, como el trastorno depresivo mayor, en el que la frecuencia del episodio, el subtipo de episodio y el deterioro de un episodio determinado pueden variar significativamente.

Machine Translated by Google

Factores de Riesgo y Pronóstico Genéticos y fisiológicos. El estudio de asociación de intentos de suicidio de todo el genoma más grande hasta la fecha, del Psychiatric Genomics Consortium, encontró que el riesgo genético de depresión aumenta el riesgo de intento de suicidio en cohortes de diagnóstico con trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y esquizofrenia. En otras palabras, en todas las categorías de diagnóstico, los que lo intentan tienen más alelos de riesgo de depresión que los que no lo intentan, en lugar de simplemente su diagnóstico psiquiátrico primario. Estos resultados sugieren que las asociaciones genéticas con el intento de suicidio son en parte únicas y en parte compartidas con las asociaciones genéticas con la depresión.

Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura

Los contextos culturales afectan la frecuencia y la forma del trastorno de conducta suicida, incluidas variaciones en la incidencia y prevalencia, los métodos utilizados (p. ej., envenenamiento con pesticidas en países de bajos ingresos; heridas de bala en el suroeste de los Estados Unidos), motivaciones y circunstancias. y significados. Estos patrones varían con el tiempo, por migrante o grupo étnico y por entorno de servicio. Factores y situaciones estresantes sociales mediados culturalmente, como rupturas familiares, pérdida percibida de dignidad o estatus interpersonal, roles y expectativas intergeneracionales conflictivos debido a la aculturación diferencial, niveles cambiantes de integración sociocultural, estigma y autoestigma sobre el suicidio, y discriminación sistémica e inequidad estructural (el sesgo socioeconómico institucionalizado y la opresión) pueden contribuir al riesgo de trastorno de conducta suicida. Las actitudes hacia el suicidio y las conductas suicidas están influenciadas por factores históricos, ambientales, económicos, políticos, legales, sociales, culturales, morales y espirituales o religiosos. Por ejemplo, en una muestra longitudinal de EE. UU. seguida a lo largo de generaciones, la creencia de los padres (autoidentificados como mayoritariamente protestantes y católicos) en la importancia de la religión se asoció con un menor riesgo de comportamiento suicida en sus hijos, independientemente de la propia creencia de los hijos sobre la importancia religiosa. y otros factores parentales conocidos, como la depresión de los padres, el comportamiento suicida y el divorcio. Las razones de los intentos de suicidio y la elección de los métodos de suicidio pueden tener un significado cultural, que puede estar asociado con respuestas individuales y sociales específicas (p. ej., de estigma, vergüenza o respeto).

Cuestiones diagnósticas relacionadas con el sexo y el género

El trastorno de conducta suicida varía en prevalencia y forma según el sexo y el género. En promedio, los suicidios son aproximadamente dos veces más comunes en hombres que en mujeres, aunque la tasa de prevalencia varía según el país y el contexto cultural. Las estimaciones también varían porque la intención de las conductas de autolesión no siempre se mide con claridad; sin embargo, el comportamiento suicida que no resulta en la muerte es más común en mujeres que en hombres. Los hombres generalmente utilizan métodos más letales, como disparos y ahorcamiento, mientras que medios menos letales, como el autoenvenenamiento, son más comunes en las mujeres. La frecuencia de conductas suicidas es mayor en las mujeres (es decir, el número promedio de intentos de suicidio para una mujer es generalmente mayor que el número promedio para un hombre), pero esto podría explicarse por el uso más frecuente de métodos menos letales entre las mujeres. Las tasas de suicidio entre las personas que se identifican como transgénero son altas, y las personas transgénero también tienen un mayor riesgo de comportamiento suicida que las personas cisgénero.

Machine Translated by Google

Marcadores diagnósticos Las

anomalías de laboratorio resultantes del intento de suicidio suelen ser evidentes. El comportamiento suicida que conduce a la pérdida de sangre puede ir acompañado de anemia, hipotensión o shock. Las sobredosis pueden provocar coma u obnubilación y anomalías de laboratorio asociadas, como desequilibrios electrolíticos.

Comorbilidad El

trastorno de conducta suicida se observa en el contexto de una variedad de trastornos mentales, más comúnmente trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastornos de ansiedad (en particular, trastornos de pánico asociados con contenido catastrófico y flashbacks de PTSD), trastornos por uso de sustancias. (especialmente trastornos por consumo de alcohol), trastorno límite de la personalidad, trastorno de personalidad antisocial, trastornos alimentarios y trastornos de adaptación.

Trastorno de autolesión no suicida

Criterios propuestos

A. En el último año, el individuo, durante 5 o más días, se ha autoinfligido intencionalmente un daño a la superficie de su cuerpo de un tipo que pueda provocar sangrado, hematomas o dolor (p. ej., corte, quemazón). , apuñalar, golpear, frotar excesivamente), con la expectativa de que la lesión provoque solo un daño físico menor o moderado (es decir, no hay intención suicida).

Nota: La ausencia de intención suicida ha sido declarada por el individuo o puede inferirse por la participación repetida del individuo en un comportamiento que sabe, o ha aprendido, que no es probable que resulte en la muerte.

B. El individuo participa en la conducta autolesiva con una o más de las siguientes expectativas: 1. Obtener alivio de un

sentimiento o estado cognitivo negativo.

2. Para resolver una dificultad interpersonal.

3. Inducir un estado de sentimiento positivo.

Nota: El alivio o la respuesta deseada se experimenta durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede mostrar patrones de comportamiento que sugieran una dependencia de realizarla repetidamente.

C. La autolesión intencional está asociada con al menos uno de los siguientes:

1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, como depresión, ansiedad, tensión, ira, malestar generalizado o autocrítica, ocurridos en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.

2. Antes de realizar el acto, un período de preocupación por el objetivo previsto.

Machine Translated by Google

comportamiento que es difícil de controlar.

3. Pensar en la autolesión que se produce con frecuencia, incluso cuando no se actúa al.

D. El comportamiento no está socialmente sancionado (p. ej., perforaciones en el cuerpo, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural) y no se limita a quitarse una costra o morderse las uñas.

E. El comportamiento o sus consecuencias causan angustia o interferencia clínicamente significativa en áreas interpersonales, académicas u otras áreas importantes del funcionamiento.

F. La conducta no ocurre exclusivamente durante episodios psicóticos, delirio, intoxicación o abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del desarrollo neurológico, el comportamiento no forma parte de un patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p. ej., trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, trastorno del desarrollo intelectual [discapacidad intelectual], síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con autolesión, tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello)], trastorno de excoriación [hurgarse la piel]).

Nota: Los códigos ICD-10-CM indican si la autolesión no suicida es parte de la presentación clínica actual (R45.88) y/o si ha habido antecedentes de conductas no suicidas.

las autolesiones (Z91.52) están disponibles para uso clínico para acompañar cualquier diagnóstico del DSM-5; Además, los códigos se pueden registrar en ausencia de un diagnóstico DSM-5. La definición de estos códigos se incluye en la Sección II, “Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica” (ver “Autolesiones no suicidas”).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de autolesión no suicida es que el individuo inflige repetidamente lesiones leves a moderadas, a menudo dolorosas, en la superficie de su cuerpo, sin intención suicida. Lo más común es que el propósito sea reducir las emociones negativas, como la tensión, la ansiedad, la tristeza o el autorreproche, o, con menos frecuencia, resolver una dificultad interpersonal. En algunos casos, la lesión se concibe como un merecido autocastigo. El individuo a menudo informará una sensación inmediata de alivio que se produce durante el proceso. Cuando el comportamiento ocurre con frecuencia, puede estar asociado con una sensación de urgencia y anhelo, y el patrón de comportamiento resultante se asemeja a una adicción. Las heridas infligidas pueden volverse más profundas y numerosas.

El corte es el método más común de lesión y la mayoría de las veces se realiza con un cuchillo, una aguja, una navaja u otro objeto afilado. Las áreas comunes de lesión incluyen el lado dorsal del antebrazo y el área frontal de los muslos. Una sola sesión de lesión puede implicar una serie de cortes superficiales paralelos, separados por 1 o 2 centímetros, en un lugar visible o accesible. Los cortes resultantes a menudo sangran y dejan un patrón característico de cicatrices.

Otros métodos relativamente comunes utilizados incluyen rascarse o quemarse superficialmente la piel, así como autogolpearse o golpearse, morderse e interferir con la cicatrización de heridas. Muchos usarán diferentes métodos con el tiempo, y el uso de múltiples métodos se asocia con enfermedades más graves.

Machine Translated by Google

psicopatología, incluida la participación en intentos de suicidio.

Muchos, y posiblemente la mayoría, de quienes se autolesionan sin fines suicidas no buscan atención clínica. Esta tendencia puede reflejar una renuencia a revelar la autolesión debido a preocupaciones sobre el estigma. Además, muchos individuos que participan en estos comportamientos los experimentan positivamente debido a la eficacia de la autolesión no suicida para regular las emociones negativas, reduciendo o eliminando así la motivación para el tratamiento. Los niños y adolescentes pueden experimentar estos comportamientos pero no sentir alivio. En tales casos, los jóvenes a menudo informan que el procedimiento es doloroso o angustioso y entonces podrían interrumpir la práctica.

Funciones asociadas

El trastorno de autolesión no suicida parece mantenerse predominantemente mediante refuerzo negativo, en el sentido de que se informa que la conducta reduce rápidamente las emociones negativas y la excitación emocional aversiva. Algunos que participan en este comportamiento también informan que la autolesión no suicida puede reducir rápidamente las experiencias disociativas no deseadas e incluso la ideación suicida, además de servir como una forma de afrontar los síntomas relacionados con el trauma, como la ira y/o el disgusto autodirigidos. Sin embargo, otras formas de refuerzo social y emocional también pueden sustentar el comportamiento, como el deseo de provocar reacciones de los demás o generar sentimientos positivos.

Predominio

En un metanálisis internacional, se encontró que la prevalencia del trastorno de autolesión no suicida era en general modestamente mayor en niñas y mujeres que en niños y hombres. Esto contrasta con el comportamiento suicida, en el que la proporción de género entre niñas/mujeres y niños/hombres es mucho mayor. La diferencia de género en el trastorno de autolesión no suicida es más pronunciada en las muestras clínicas. Entre contextos culturales, la proporción de género de las autolesiones no suicidas puede variar, siendo más prevalente entre niñas/mujeres en algunos contextos (p. ej., entre estudiantes de secundaria en zonas rurales de China) y entre niños/hombres en otros (p. ej., entre jóvenes siglos

11-19 en Jordania). El trastorno de autolesión no suicida es sustancialmente más común entre las minorías sexuales, especialmente aquellas que se identifican como bisexuales.

Desarrollo y evolución

El trastorno de autolesión no suicida suele comenzar entre principios y mediados de la adolescencia y puede continuar durante muchos años; las edades más tempranas de inicio se asocian con manifestaciones más graves.
El trastorno de autolesión no suicida puede alcanzar su punto máximo al final de la adolescencia y principios de los 20 años y luego disminuir hasta la edad adulta. Se necesitan investigaciones prospectivas adicionales para delinear la historia natural del trastorno de autolesión no suicida y los factores que promueven o inhiben su curso. Las personas a menudo se enteran del comportamiento por recomendación u observación de otra persona, a través de los medios de comunicación y de las redes sociales. Las personas expuestas a otras personas que se autolesionan, incluso en entornos hospitalarios, escolares, correccionales y comunitarios, tienen más probabilidades de iniciar la autolesión, potencialmente a través de modelos sociales o mecanismos de aprendizaje social.

Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura

Machine Translated by Google

El trastorno de autolesión no suicida no debe diagnosticarse si la conducta está motivada por una práctica cultural ampliamente aceptada. Esto es cierto incluso si la práctica sólo la lleva a cabo una minoría de la población (por ejemplo, autoflagelarse como actividad colectiva durante festivales religiosos).

La autolesión no suicida puede ser una forma de expresar pertenencia a un grupo en lugar de angustia individual o regulación de las emociones, como sugiere una investigación con grupos de jóvenes "alternativos" (es decir, góticos, emo y punk) en Alemania, y el trastorno de autolesión no suicida debería ser una forma de expresar pertenencia a un grupo en lugar de angustia individual o regulación emocional. Tampoco se diagnosticará en tales casos.

Asociación con pensamientos o conductas suicidas Debido a que las personas con autolesiones no suicidas pueden intentar suicidarse y lo hacen, es importante evaluar el riesgo de suicidio de estas personas y obtener información de un tercero sobre cualquier cambio reciente en la exposición al estrés y el estado de ánimo. La probabilidad de un intento de suicidio se ha asociado con antecedentes de autolesiones no suicidas, y el inicio de las autolesiones no suicidas suele preceder a los intentos de suicidio en aproximadamente 1 a 2 años, como lo demuestran investigaciones en entornos clínicos y comunitarios en tres países de altos ingresos. países. El uso de múltiples métodos previos de autolesión no suicida, la alta frecuencia de actos de autolesión, la edad más temprana al inicio y el uso de autolesión no suicida para obtener alivio de la angustia interna o para el autocastigo son fuertemente predictivos tanto de la ideación suicida como de la ideación suicida. intentos de suicidio.

Consecuencias funcionales del trastorno de autolesión no suicida El acto de cortarse puede realizarse con instrumentos compartidos, lo que aumenta la posibilidad de transmisión de enfermedades por vía sanguínea. También pueden producirse quemaduras graves, infecciones por mala atención de las lesiones y cicatrices permanentes, lo que afecta negativamente al individuo.

Diagnóstico diferencial Trastorno límite de la personalidad. Muchos han considerado la autolesión no suicida como patognomónica del trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, aunque el trastorno de autolesión no suicida suele ser comórbido con el trastorno límite de la personalidad, muchos individuos con trastorno de autolesión no suicida no tienen un patrón de personalidad que cumpla con los criterios del trastorno límite de la personalidad.
El trastorno de autolesión no suicida no sólo ocurre sin trastorno límite de la personalidad, sino que frecuentemente coexiste con muchos otros trastornos, incluidos los trastornos depresivos, los trastornos alimentarios y los trastornos por sustancias.

Comportamiento suicida. La diferenciación entre trastorno de autolesión no suicida y conducta suicida se basa en el objetivo declarado de la conducta, ya sea como un deseo de morir (comportamiento suicida) o de experimentar alivio (como se describe en los criterios para el trastorno de autolesión no suicida). A diferencia de la conducta suicida, los episodios de autolesión no suicida son, a corto plazo, típicamente benignos en individuos con antecedentes de episodios frecuentes. Además, algunas personas informan que utilizan sus autolesiones no suicidas para evitar intentar suicidarse.

Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo). La tricotilomanía se define como un comportamiento autolesivo que se limita a arrancarse el propio cabello, más comúnmente del cuero cabelludo, las cejas o las pestañas.
El comportamiento ocurre en “sesiones” que pueden durar horas. Es más probable que ocurra durante un

Machine Translated by Google

período de relajación o distracción. Si la conducta autolesiva se limita a arrancarse el pelo, se debe diagnosticar tricotilomanía en lugar de trastorno de autolesión no suicida.

Trastorno de movimientos estereotipados. El trastorno de movimientos estereotipados implica conductas motoras repetitivas, aparentemente motivadas y aparentemente sin propósito (p. ej., agitar o agitar las manos, balancear el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse, golpearse el propio cuerpo) que a veces puede provocar autolesiones y a menudo se asocia con una condición médica o genética conocida, trastorno del desarrollo neurológico o factor ambiental (p. ej., síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno del desarrollo intelectual, exposición intrauterina al alcohol). Si la conducta autolesiva cumple los criterios de trastorno de movimientos estereotipados, se debe diagnosticar en lugar de un trastorno de autolesión no suicida.

Trastorno de excoriación (hurgarse la piel). El trastorno de excoriación generalmente se dirige a hurgar en un área de la piel que el individuo considera antiestética o con una imperfección, generalmente en la cara o el cuero cabelludo. Si la conducta autolesiva se limita a rascarse la piel, se debe diagnosticar un trastorno de excoriación en lugar de un trastorno de autolesión no suicida.

Machine Translated by Google

APÉNDICE

Listado alfabético de diagnósticos DSM-5-TR y códigos ICD-10-CM

Listado numérico de diagnósticos DSM-5-TR y códigos ICD-10-CM

Asesores del DSM-5 y otros colaboradores

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Listado alfabético del DSM-5-TR
Diagnósticos y códigos ICD-10-CM

Para consultar la codificación DSM-5-TR periódica y otras actualizaciones, consulte www.dsm5.org.

CIE-10-CM	Trastorno, condición o problema
Z60.3	Dificultad de aculturación
F43.0	Trastorno de estrés agudo
	Trastornos de adaptación
F43.22	Con ansiedad
F43.21	Con estado de ánimo deprimido
F43.24	Con alteración de conducta.
F43.23	Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido.
F43.25	Con alteración mixta de las emociones y la conducta.
F43.20	No especificado
Z72.811	Comportamiento antisocial adulto
F98.5	Trastorno de fluidez de inicio en la edad adulta
	Abuso físico de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge ni su pareja, confirmado
T74.11XA	Encuentro inicial
T74.11XD	Encuentro posterior
	Abuso físico de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge ni su pareja, se sospecha
T76.11XA	Encuentro inicial
T76.11XD	Encuentro posterior
	Abuso psicológico de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge ni su pareja, confirmado
T74.31XA	Encuentro inicial
T74.31XD	Encuentro posterior
	Abuso psicológico de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge ni su pareja, se sospecha
T76.31XA	Encuentro inicial
T76.31XD	Encuentro posterior
	Abuso sexual de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge ni su pareja, confirmado
T74.21XA	Encuentro inicial
T74.21XD	Encuentro posterior
	Abuso sexual de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o pareja, se sospecha
T76.21XA	Encuentro inicial
T76.21XD	Encuentro posterior
$41.81	Deterioro cognitivo relacionado con la edad
40,00 francos	Agorafobia

Machine Translated by Google

Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol

F10.180 Con trastorno por consumo leve

F10.280 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.980 Sin trastorno por consumo

Trastorno bipolar y relacionados inducidos por el alcohol

F10.14 Con trastorno por consumo leve

F10.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.94 Sin trastorno por consumo

Trastorno depresivo inducido por el alcohol

F10.14 Con trastorno por consumo leve

F10.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.94 Sin trastorno por consumo

Trastorno neurocognitivo mayor inducido por alcohol, tipo amnésico-confabulatorio

F10.26 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.96 Sin trastorno por consumo

Trastorno neurocognitivo mayor inducido por alcohol, tipo no amnésico-confabulatorio

F10.27 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.97 Sin trastorno por consumo

Trastorno neurocognitivo leve inducido por el alcohol

F10.188 Con trastorno por consumo leve

F10.288 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.988 Sin trastorno por consumo

Trastorno psicótico inducido por el alcohol

F10.159 Con trastorno por consumo leve

F10.259 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.959 Sin trastorno por consumo

Disfunción sexual inducida por el alcohol

F10.181 Con trastorno por consumo leve

F10.281 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.981 Sin trastorno por consumo

Trastorno del sueño inducido por el alcohol

F10.182 Con trastorno por consumo leve

F10.282 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.982 Sin trastorno por consumo

Intoxicación alcohólica

F10.120 Con trastorno por consumo leve

F10.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.920 Sin trastorno por consumo

Delirio por intoxicación por alcohol

F10.121 Con trastorno por consumo leve

F10.221 Con trastorno por consumo moderado o grave

F10.921 Sin trastorno por consumo

Machine Translated by Google

F10.10	Leve
F10.11	En remisión temprana
F10.11	En remisión sostenida

F10.20	Moderado
F10.21	En remisión temprana
F10.21	En remisión sostenida
F10.20	Severo
F10.21	En remisión temprana
F10.21	En remisión sostenida
	Abstinencia de alcohol, Con alteraciones de la percepción.
F10.132	Con trastorno por consumo leve
F10.232	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.932	Sin trastorno por consumo
	Abstinencia de alcohol, Sin alteraciones de la percepción.
F10.130	Con trastorno por consumo leve
F10.230	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.930	Sin trastorno por consumo
	Delirio por abstinencia de alcohol
F10.131	Con trastorno por consumo leve
F10.231	Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.931	Sin trastorno por consumo
F15.921	Delirio inducido por medicamentos de tipo anfetamina (u otro estimulante) (tipo anfetamínico u otro medicamento estimulante tomado según lo prescrito)
	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante)
F15.180	Con trastorno por consumo leve
F15.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.980	Sin trastorno por consumo
	Trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante)
F15.14	Con trastorno por consumo leve
F15.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.94	Sin trastorno por consumo
	Trastorno depresivo inducido por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante)
F15.14	Con trastorno por consumo leve
F15.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.94	Sin trastorno por consumo
	Trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante)
F15.188	Con trastorno por consumo leve
F15.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.988	Sin trastorno por consumo

	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante)
F15.188	Con trastorno por consumo leve
F15.288	Con trastorno por consumo moderado o grave

Machine Translated by Google

F15.988 Sin trastorno por consumo

Trastorno psicótico inducido por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante)

F15.159 Con trastorno por consumo leve

F15.259 Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.959 Sin trastorno por consumo

Disfunción sexual inducida por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante)

F15.181 Con trastorno por consumo leve

F15.281 Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.981 Sin trastorno por consumo

Trastorno del sueño inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante)

F15.182 Con trastorno por consumo leve

F15.282 Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.982 Sin trastorno por consumo

Intoxicación por sustancias tipo anfetamina

Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, con alteraciones de la percepción

F15.122 Con trastorno por consumo leve

F15.222 Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.922 Sin trastorno por consumo

Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, Sin alteraciones de la percepción

F15.120 Con trastorno por consumo leve

F15.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.920 Sin trastorno por consumo

Delirio por intoxicación por sustancias tipo anfetamina (u otro estimulante)

F15.121 Con trastorno por consumo leve

F15.221 Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.921 Sin trastorno por consumo

Trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico

F15.10 Leve

F15.11 En remisión temprana

F15.11 En remisión sostenida

F15.20 Moderado

F15.21 En remisión temprana

F15.21 En remisión sostenida

F15.20 Severo

F15.21 En remisión temprana

F15.21 En remisión sostenida

Abstinencia de sustancias tipo anfetamina

F15.13 Con trastorno por consumo leve

F15.23 Con trastorno por consumo moderado o grave

F15.93 Sin trastorno por consumo

Anorexia nerviosa

F50.02 Tipo atracones/purgas

F50.01 tipo restrictivo

Machine Translated by Google

	Síndrome de discontinuación de antidepresivos
T43.205A	Encuentro inicial
T43.205S	Secuelas
T43.205D	Encuentro posterior
G21.11	Parkinsonismo inducido por medicamentos antipsicóticos y otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina
F60.2	Desorden de personalidad antisocial
F06.4	Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica
	Desorden hiperactivo y deficit de atencion
F90.2	Presentación combinada
F90.1	Presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva.
F90.0	Presentación predominantemente distraída.
F84.0	Desorden del espectro autista
F60.6	Desorden de personalidad evasiva
F50.82	Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos
F50.81	Trastorno por atracón
	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente
F31.76	En completa remisión
F31.75	En remisión parcial
F31.31	Leve
F31.32	Moderado
F31.4	Severo
F31.5	Con rasgos psicóticos
F31.9	No especificado
F31.0	Trastorno bipolar I, episodio hipomaníaco actual o más reciente
F31.72	En completa remisión
F31.71	En remisión parcial
F31.9	No especificado
	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente
F31.74	En completa remisión
F31.73	En remisión parcial
F31.11	Leve
F31.12	Moderado
F31.13	Severo
F31.2	Con rasgos psicóticos
F31.9	No especificado
F31.9	Trastorno bipolar I, episodio actual o más reciente no especificado
F31.81	Trastorno bipolar II
	Trastorno bipolar y relacionados debido a otra condición médica
F06.33	Con rasgos maníacos
F06.33	Con episodio maníaco o hipomaníaco
F06.34	Con características mixtas

F45.22	Desórden dismórfico del cuerpo
$41.83	Funcionamiento intelectual límite

Machine Translated by Google

F60.3	Trastorno límite de la personalidad
F23	Trastorno psicótico breve
F50.2	Bulimia nerviosa
F15.980	Trastorno de ansiedad inducido por cafeína, sin trastorno por consumo
F15.982	Trastorno del sueño inducido por cafeína, sin trastorno por consumo
F15.920	Intoxicación por cafeína
F15.93	abstinencia de cafeina
	Trastorno de ansiedad inducido por cannabis
F12.180	Con trastorno por consumo leve
F12.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F12.980	Sin trastorno por consumo
	Trastorno psicótico inducido por cannabis
F12.159	Con trastorno por consumo leve
F12.259	Con trastorno por consumo moderado o grave
F12.959	Sin trastorno por consumo
	Trastorno del sueño inducido por el cannabis
F12.188	Con trastorno por consumo leve
F12.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
F12.988	Sin trastorno por consumo
	Intoxicación por cannabis, Con alteraciones de la percepción.
F12.122	Con trastorno por consumo leve
F12.222	Con trastorno por consumo moderado o grave
F12.922	Sin trastorno por consumo
	Intoxicación por cannabis, sin alteraciones de la percepción
F12.120	Con trastorno por consumo leve
F12.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F12.920	Sin trastorno por consumo
	Delirio por intoxicación por cannabis
F12.121	Con trastorno por consumo leve
F12.221	Con trastorno por consumo moderado o grave
F12.921	Sin trastorno por consumo
F12.921	Delirio inducido por agonistas del receptor de cannabis, farmacéutico (medicación tomada según lo prescrito)
	Trastorno por consumo de cannabis
F12.10	Leve
F12.11	En remisión temprana
F12.11	En remisión sostenida
F12.20	Moderado
F12.21	En remisión temprana
F12.21	En remisión sostenida
F12.20	Severo
F12.21	En remisión temprana
F12.21	En remisión sostenida

abstinencia de cannabis

Machine Translated by Google

F12.13	Con trastorno por consumo leve
F12.23	Con trastorno por consumo moderado o grave
F12.93	Sin trastorno por consumo
F06.1	Catatonia asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonia)
F06.1	Trastorno catatónico debido a otra condición médica
	Apnea central del sueño
G47.37	Apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides
R06.3	La respiración de Cheyne-Stokes
G47.31	Apnea central del sueño idiopática
Z56.1	cambio de trabajo
Z72.810	Comportamiento antisocial infantil o adolescente
Z62.898	Niño afectado por angustia en la relación parental
F80.81	Trastorno de la fluidez que comienza en la infancia (tartamudez)
	Abandono infantil, confirmado
T74.02XA	Encuentro inicial
T74.02XD	Encuentro posterior
	Negligencia infantil, sospechada
T76.02XA	Encuentro inicial
T76.02XD	Encuentro posterior
	Abuso físico infantil, confirmado
T74.12XA	Encuentro inicial
T74.12XD	Encuentro posterior
	Abuso físico infantil, Sospecha
T76.12XA	Encuentro inicial
T76.12XD	Encuentro posterior
	Maltrato psicológico infantil, confirmado
T74.32XA	Encuentro inicial
T74.32XD	Encuentro posterior
	Abuso psicológico infantil, Sospecha
T76.32XA	Encuentro inicial
T76.32XD	Encuentro posterior
	Abuso sexual infantil, confirmado
T74.22XA	Encuentro inicial
T74.22XD	Encuentro posterior
	Abuso sexual infantil, Sospecha
T76.22XA	Encuentro inicial
T76.22XD	Encuentro posterior
	Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia
G47.22	Tipo de fase de sueño avanzada
G47.21	Tipo de fase de sueño retrasada
G47.23	Tipo de sueño-vigilia irregular
G47.24	Tipo sueño-vigilia que no es de 24 horas
G47.26	Tipo de trabajo por turnos
G47.20	tipo no especificado

Machine Translated by Google

	Trastorno de ansiedad inducido por cocaína
F14.180	Con trastorno por consumo leve
F14.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.980	Sin trastorno por consumo
	Trastorno bipolar y relacionados inducidos por cocaína
F14.14	Con trastorno por consumo leve
F14.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.94	Sin trastorno por consumo
	Trastorno depresivo inducido por cocaína
F14.14	Con trastorno por consumo leve
F14.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.94	Sin trastorno por consumo
	Trastorno neurocognitivo leve inducido por cocaína
F14.188	Con trastorno por consumo leve
F14.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.988	Sin trastorno por consumo
	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por cocaína
F14.188	Con trastorno por consumo leve
F14.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.988	Sin trastorno por consumo
	Trastorno psicótico inducido por cocaína
F14.159	Con trastorno por consumo leve
F14.259	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.959	Sin trastorno por consumo
	Disfunción sexual inducida por cocaína
F14.181	Con trastorno por consumo leve
F14.281	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.981	Sin trastorno por consumo
	Trastorno del sueño inducido por la cocaína
F14.182	Con trastorno por consumo leve
F14.282	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.982	Sin trastorno por consumo
	Intoxicación por cocaína, Con alteraciones de la percepción.
F14.122	Con trastorno por consumo leve
F14.222	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.922	Sin trastorno por consumo
	Intoxicación por cocaína, sin alteraciones de la percepción.
F14.120	Con trastorno por consumo leve
F14.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.920	Sin trastorno por consumo
	Delirio por intoxicación por cocaína
F14.121	Con trastorno por consumo leve
F14.221	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.921	Sin trastorno por consumo

Machine Translated by Google

	Trastorno por consumo de cocaína
F14.10	Leve
F14.11	En remisión temprana
F14.11	En remisión sostenida
F14.20	Moderado
F14.21	En remisión temprana
F14.21	En remisión sostenida
F14.20	Severo
F14.21	En remisión temprana
F14.21	En remisión sostenida
	Abstinencia de cocaína
F14.13	Con trastorno por consumo leve
F14.23	Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.93	Sin trastorno por consumo
	Desorden de conducta
F91.2	Tipo de inicio en la adolescencia
F91.1	Tipo de inicio en la infancia
F91.9	Inicio no especificado
	Trastorno de conversión (ver Trastorno de síntomas neurológicos funcionales)
Z65.0	Condena en proceso civil o penal sin prisión
$45.88	Autolesiones no suicidas actuales
	Comportamiento suicida actual
T14.91A	Encuentro inicial
T14.91D	Encuentro posterior
F34.0	Trastorno ciclotímico
F52.32	eyaculación retardada
	Delirio
F05	Delirio debido a otra condición médica.
F05	Delirio por múltiples etiologías.
	Delirio inducido por medicamentos (para los códigos ICD-10-CM, consulte sustancias específicas)
	Delirio por intoxicación por sustancias (consulte sustancias específicas para conocer los códigos)
	Delirio por abstinencia de sustancias (consulte sustancias específicas para conocer los códigos)
F22	Desorden delirante
F60.7	Trastorno de personalidad dependiente
F48.1	Trastorno de despersonalización/desrealización
	Trastorno depresivo debido a otra condición médica
F06.31	Con rasgos depresivos
F06.32	Con episodio de tipo depresivo mayor
F06.34	Con características mixtas
F82	Trastorno del desarrollo de la coordinación
Z71.3	Asesoramiento dietético
Z56.4	Discordia con jefe y compañeros de trabajo
Z59.2	Discordia con el vecino, el inquilino o el propietario
Z64.4	Discordia con el proveedor de servicios sociales, incluido el oficial de libertad condicional, el administrador de casos o los servicios sociales

Machine Translated by Google

obrero

F94.2	Trastorno de compromiso social desinhibido
Z63.5	Desintegración de la familia por separación o divorcio
F34.81	Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
F44.0	amnesia disociativa
F44.1	Amnesia disociativa, con fuga disociativa
F44.81	Trastorno de identidad disociativo
Z55.4	Desadaptación educativa y discordia con profesores y compañeros
F98.1	encopresis
F98.0	Enuresis
F52.21	Trastorno eréctil
F42.4	Trastorno de excoriación (hurgarse la piel)
F65.2	Trastorno exhibicionista
Z65.5	Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades.
Z59.5	Pobreza extrema
F68.A	Desorden facticio impuesto a otro
F68.10	Trastorno facticio impuesto a uno mismo
Z55.2	examen escolar reprobado
F52.31	Trastorno orgásmico femenino
F52.22	Trastorno del interés/excitación sexual femenina
F65.0	Trastorno fetichista
F59.41	Inseguridad alimentaria
F65.81	Trastorno frotteurista
	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión)
F44.4	Con movimiento anormal
F44.6	Con anestesia o pérdida sensorial.
F44.5	Con ataques o convulsiones
F44.7	Con síntomas mixtos
F44.6	Con síntoma sensorial especial.
F44.4	Con síntoma del habla
F44.4	Con síntomas de deglución.
F44.4	Con debilidad/parálisis
F63.0	Trastorno del juego
F64.0	Disforia de género en adolescentes y adultos
F64.2	Disforia de género en niños
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
Z31.5	Asesoramiento genetico
F52.6	Dolor genitopélvico/trastorno de penetración
F88	Retraso en el desarrollo global
F16.983	Trastorno de percepción persistente de alucinógenos
	Para trastornos adicionales relacionados con sustancias relacionadas con alucinógenos y trastornos mentales inducidos por alucinógenos, ver entradas para Otros alucinógenos y Fenciclidina
Z63.8	Alto nivel de emoción expresada dentro de la familia.
Z91.52	Historia de autolesiones no suicidas

Machine Translated by Google

Z91.51	Historia de conducta suicida.
F60.4	Trastorno de personalidad histriónica

F42.3	Trastorno de acaparamiento
Z59.01	Sin hogar, protegido
Z59.02	Sin hogar, sin refugio
F51.11	Trastorno de hipersomnolencia
Z55.0	Analfabetismo y alfabetización de bajo nivel
F45.21	Trastorno de ansiedad por enfermedad
Z65.1	Encarcelamiento u otro tipo de encarcelamiento
Z59.1	Vivienda inadecuada
	Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes
F18.180	Con trastorno por consumo leve
F18.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.980	Sin trastorno por consumo
	Trastorno depresivo inducido por inhalantes
F18.14	Con trastorno por consumo leve
F18.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.94	Sin trastorno por consumo
	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes
F18.17	Con trastorno por consumo leve
F18.27	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.97	Sin trastorno por consumo
	Trastorno neurocognitivo leve inducido por inhalantes
F18.188	Con trastorno por consumo leve
F18.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.988	Sin trastorno por consumo
	Trastorno psicótico inducido por inhalantes
F18.159	Con trastorno por consumo leve
F18.259	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.959	Sin trastorno por consumo
	Intoxicación por inhalantes
F18.120	Con trastorno por consumo leve
F18.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.920	Sin trastorno por consumo
	Delirio por intoxicación por inhalantes
F18.121	Con trastorno por consumo leve
F18.221	Con trastorno por consumo moderado o grave
F18.921	Sin trastorno por consumo
	Trastorno por consumo de inhalantes
F18.10	Leve
F18.11	En remisión temprana
F18.11	En remisión sostenida
F18.20	Moderado

Machine Translated by Google

F18.21	En remisión temprana
F18.21	En remisión sostenida
F18.20	Severo
F18.21	En remisión temprana
F18.21	En remisión sostenida

F51.01	Trastorno de insomnio
Z59.7	Seguro social o de salud o apoyo social insuficiente
	Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual)
F70	Leve
F71	Moderado
F72	Severo
F73	Profundo
F63.81	Trastorno explosivo intermitente
F16.921	Delirio inducido por ketamina u otros alucinógenos (ketamina u otros medicamentos alucinógenos tomados como prescrito o por razones médicas)
F63.2	Cleptomanía
Z58.6	Falta de agua potable
F80.2	Trastorno del lenguaje
Z59.6	De bajos ingresos
	Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente
F33.42	En completa remisión
F33.41	En remisión parcial
F33.0	Leve
F33.1	Moderado
F33.2	Severo
F33.3	Con rasgos psicóticos
F33.9	No especificado
	Trastorno depresivo mayor, episodio único
F32.5	En completa remisión
F32.4	En remisión parcial
F32.0	Leve
F32.1	Moderado
F32.2	Severo
F32.3	Con rasgos psicóticos
F32.9	No especificado
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica
F02.81	Con alteración del comportamiento.
F02.80	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la infección por VIH (codifique primero B20 infección por VIH)
F02.81	Con alteración del comportamiento.
F02.80	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington (codificar primero G10 enfermedad de Huntington)
F02.81	Con alteración del comportamiento.

Machine Translated by Google

F02.80	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a múltiples etiologías.
F02.81	Con alteración del comportamiento.
F02.80	Sin alteración del comportamiento

	Trastorno neurocognitivo mayor debido a posible enfermedad de Alzheimer (codifique primero G30.9 Enfermedad de Alzheimer enfermedad)
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable enfermedad de Alzheimer (codifique primero G30.9 Enfermedad de Alzheimer enfermedad)
F02.81	Con alteración del comportamiento.
F02.80	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a posible degeneración frontotemporal (codifique primero G31.09 degeneración frontotemporal)
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable degeneración frontotemporal (codifique primero G31.09 degeneración frontotemporal)
F02.81	Con alteración del comportamiento.
F02.80	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo mayor con posibles cuerpos de Lewy (codifique primero G31.83 Enfermedad con cuerpos de Lewy)
	Trastorno neurocognitivo mayor con probables cuerpos de Lewy (codifique primero G31.83 Enfermedad con cuerpos de Lewy)
F02.81	Con alteración del comportamiento.
F02.80	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo importante posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson (codifique primero G20 Parkinson enfermedad)
	Trastorno neurocognitivo importante probablemente debido a la enfermedad de Parkinson (codifique primero G20 Parkinson enfermedad)
F02.81	Con alteración del comportamiento.
F02.80	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo importante posiblemente debido a enfermedad vascular
	Trastorno neurocognitivo importante probablemente debido a enfermedad vascular
F01.51	Con alteración del comportamiento.
F01.50	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad priónica (codificar primero A81.9 enfermedad priónica)
F02.81	Con alteración del comportamiento.
F02.80	Sin alteración del comportamiento
	Trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumática (codifique primero S06.2X9S traumática difusa lesión cerebral con pérdida del conocimiento de duración no especificada, secuela)
F02.81	Con alteración del comportamiento.
F02.80	Sin alteración del comportamiento

F52.0	Trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino
Z76.5	Proceso de enfermedad
G25.71	Acatisia aguda inducida por medicamentos
G24.02	Distonía aguda inducida por medicamentos
	Delirio inducido por medicamentos (para los códigos ICD-10-CM, consulte sustancias específicas)
G25.1	Temblor postural inducido por medicamentos

Machine Translated by Google

G31.84	Trastorno neurocognitivo frontotemporal leve
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer

G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a otra afección médica
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la infección por VIH
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Huntington
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve con cuerpos de Lewy
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a múltiples etiologías
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Parkinson
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a enfermedad priónica
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a una lesión cerebral traumática
G31.84	Trastorno neurocognitivo vascular leve
F60.81	Trastorno de personalidad narcisista
	Narcolepsia
G47.411	Narcolepsia con cataplexia o deficiencia de hipocretina (tipo 1)
G47.421	Narcolepsia con cataplexia o deficiencia de hipocretina debido a una condición médica.
G47.419	Narcolepsia sin cataplexia y sin deficiencia de hipocretina o hipocretina no medida (tipo 2)
G47.429	Narcolepsia sin cataplexia y sin deficiencia de hipocretina debido a una condición médica.
G21.0	Síndrome neuroléptico maligno
F51.5	Trastorno de pesadilla
Z03.89	Sin diagnóstico ni condición
Z91.19	Incumplimiento del tratamiento médico
	Trastornos del despertar del sueño por movimientos oculares no rápidos
F51.4	Tipo terror nocturno
F51.3	tipo de sonambulismo
$45.88	Autolesiones no suicidas, actual
Z91.52	Autolesiones no suicidas, antecedentes de
F42.2	Trastorno obsesivo compulsivo
F60.5	Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo
F06.8	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados debido a otra afección médica
G47.33	Apnea hipopnea obstructiva del sueño
	Trastorno de ansiedad inducido por opioides
F11.188	Con trastorno por consumo leve
F11.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.988	Sin trastorno por consumo
F11.921	Delirio inducido por opioides (medicamentos opioides tomados según lo prescrito)
F11.988	Delirio inducido por opioides (durante la abstinencia de medicamentos opioides tomados según lo prescrito)
	Trastorno depresivo inducido por opioides
F11.14	Con trastorno por consumo leve
F11.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.94	Sin trastorno por consumo

Machine Translated by Google

	Disfunción sexual inducida por opioides
F11.181	Con trastorno por consumo leve
F11.281	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.981	Sin trastorno por consumo
	Trastorno del sueño inducido por opioides
F11.182	Con trastorno por consumo leve
F11.282	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.982	Sin trastorno por consumo
	Intoxicación por opioides, con alteraciones de la percepción.
F11.122	Con trastorno por consumo leve
F11.222	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.922	Sin trastorno por consumo
	Intoxicación por opioides, sin alteraciones de la percepción
F11.120	Con trastorno por consumo leve
F11.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.920	Sin trastorno por consumo
	Delirio por intoxicación por opioides
F11.121	Con trastorno por consumo leve
F11.221	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.921	Sin trastorno por consumo
	Trastorno por consumo de opioides
F11.10	Leve
F11.11	En remisión temprana
F11.11	En remisión sostenida
F11.20	Moderado
F11.21	En remisión temprana
F11.21	En remisión sostenida
F11.20	Severo
F11.21	En remisión temprana
F11.21	En remisión sostenida
	Abstinencia de opioides
F11.13	Con trastorno por consumo leve
F11.23	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.93	Sin trastorno por consumo
	Delirio por abstinencia de opioides
F11.188	Con trastorno por consumo leve
F11.288	Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.988	Sin trastorno por consumo
F91.3	Trastorno de oposición desafiante
	Otro efecto adverso de la medicación.
T50.905A	Encuentro inicial
T50.905S	Secuelas
T50.905D	Encuentro posterior

Machine Translated by Google

Otras circunstancias relacionadas con el abuso de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o su pareja

Z69.82 Contacto con servicios de salud mental para un perpetrador de abuso de adultos que no sea su cónyuge o su pareja

Z69.81 Contacto con servicios de salud mental para víctimas de abuso de adultos fuera del cónyuge o de la pareja

Otras circunstancias relacionadas con el abandono infantil

Z69.021 Encuentro con servicios de salud mental para perpetrador de negligencia infantil no parental

Z69.011 Encuentro para servicios de salud mental para perpetrador de negligencia infantil parental

Z69.010 Encuentro de servicios de salud mental para víctima de negligencia infantil por parte de sus padres

Z69.020 Encuentro de servicios de salud mental para víctima de negligencia infantil no parental

Z62.812 Historia personal (historia pasada) de negligencia en la infancia.

Otras circunstancias relacionadas con el abuso físico infantil

Z69.021 Encuentro con servicios de salud mental para perpetrador de abuso físico infantil no parental

Z69.011 Encuentro para servicios de salud mental para perpetrador de abuso físico infantil por parte de padres

Z69.010 Contacto con servicios de salud mental para víctima de abuso físico infantil por parte de sus padres

Z69.020 Encuentro con servicios de salud mental para víctima de abuso físico infantil no parental

Z62.810 Historia personal (historia pasada) de abuso físico en la infancia.

Otras circunstancias relacionadas con el maltrato psicológico infantil

Z69.021 Encuentro para servicios de salud mental para perpetrador de abuso psicológico infantil no parental

Z69.011 Encuentro por servicios de salud mental para agresor de maltrato psicológico infantil parental

Z69.010 Encuentro por servicios de salud mental para víctima de maltrato psicológico infantil por parte de sus padres

Z69.020 Encuentro por servicios de salud mental para víctima de maltrato psicológico infantil no parental

Z62.811 Historia personal (historia pasada) de abuso psicológico en la infancia.

Otras circunstancias relacionadas con el abuso sexual infantil

Z69.021 Encuentro con servicios de salud mental para perpetrador de abuso sexual infantil no parental

Z69.011 Encuentro para servicios de salud mental para perpetrador de abuso sexual infantil parental

Z69.010 Encuentro para servicios de salud mental para víctima de abuso sexual infantil por parte de sus padres

Z69.020 Encuentro para servicios de salud mental para víctima de abuso sexual infantil no parental

Z62.810 Historia personal (historia pasada) de abuso sexual en la infancia.

Otras circunstancias relacionadas con maltrato de cónyuge o pareja, Psicológicas

Z69.12 Contacto para servicios de salud mental para perpetrador de maltrato psicológico de cónyuge o pareja

Z69.11 Contacto con servicios de salud mental para víctima de maltrato psicológico de cónyuge o pareja

Z91.411 Historia personal (historia pasada) de abuso psicológico del cónyuge o pareja

Otras circunstancias relacionadas con la negligencia del cónyuge o pareja

Z69.12 Contacto con servicios de salud mental para perpetrador de negligencia de cónyuge o pareja

Z69.11 Contacto con servicios de salud mental para víctima de negligencia de cónyuge o pareja

Z91.412 Historia personal (historia pasada) de negligencia del cónyuge o pareja

Otras circunstancias relacionadas con la violencia conyugal o de pareja, Física

Z69.12 Contacto para servicios de salud mental para perpetrador de violencia conyugal o de pareja, Física

Z69.11 Contacto para servicios de salud mental para víctima de violencia conyugal o de pareja, Física

Z91.410 Historia personal (historia pasada) de violencia conyugal o de pareja, Física

Otras circunstancias relacionadas con la violencia conyugal o de pareja, Sexual

Z69.12 Contacto para servicios de salud mental para perpetrador de violencia conyugal o de pareja, Sexual

Z69.81 Contacto para servicios de salud mental para víctima de violencia conyugal o de pareja, Sexual

Z91.410 Historia personal (historia pasada) de violencia conyugal o de pareja, Sexual

Machine Translated by Google

Z71.9	Otro asesoramiento o consulta
Z59.9	Otro problema económico
	Otro trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos
F16.180	Con trastorno por consumo leve
F16.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.980	Sin trastorno por consumo
	Otros trastornos bipolares y relacionados inducidos por alucinógenos
F16.14	Con trastorno por consumo leve
F16.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.94	Sin trastorno por consumo
F16.921	Otro delirio inducido por alucinógenos (otros medicamentos alucinógenos tomados según lo prescrito o para Razones médicas)
	Otro trastorno depresivo inducido por alucinógenos
F16.14	Con trastorno por consumo leve
F16.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.94	Sin trastorno por consumo
	Otros trastornos psicóticos inducidos por alucinógenos
F16.159	Con trastorno por consumo leve
F16.259	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.959	Sin trastorno por consumo
	Otra intoxicación por alucinógenos
F16.120	Con trastorno por consumo leve
F16.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.920	Sin trastorno por consumo
	Otros delirios por intoxicación por alucinógenos
F16.121	Con trastorno por consumo leve
F16.221	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.921	Sin trastorno por consumo

	Otro trastorno por consumo de alucinógenos
F16.10	Leve
F16.11	En remisión temprana
F16.11	En remisión sostenida
F16.20	Moderado
F16.21	En remisión temprana
F16.21	En remisión sostenida
F16.20	Severo
F16.21	En remisión temprana
F16.21	En remisión sostenida
Z59.9	Otro problema de vivienda
G25.79	Otro trastorno del movimiento inducido por medicamentos
G21.19	Otro parkinsonismo inducido por medicamentos
Z91.49	Otros antecedentes personales de trauma psicológico.
Z91.89	Otros factores de riesgo personales
Z56.6	Otras tensiones físicas y mentales relacionadas con el trabajo.

Machine Translated by Google

Z56.9	Otro problema relacionado con el empleo
Z60.9	Otro problema relacionado con el entorno social.
Z55.9	Otros problemas relacionados con la educación y la alfabetización
F41.8	Otro trastorno de ansiedad especificado
F90.8	Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado
F31.89	Otros trastornos bipolares y relacionados especificados
R41.0	Otro delirio especificado
F32.89	Otro trastorno depresivo especificado
F91.8	Otros trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta especificados
F44.89	Otro trastorno disociativo especificado
	Otro trastorno de eliminación especificado
R15.9	Con síntomas fecales
N39.498	Con síntomas urinarios
F50.89	Otro trastorno alimentario o alimentario especificado
F64.8	Otra disforia de género especificada
G47.19	Otro trastorno de hipersomnolencia especificado
G47.09	Otro trastorno de insomnio especificado
F99	Otro trastorno mental especificado
F06.8	Otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica
F88	Otro trastorno del neurodesarrollo especificado
F42.8	Otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados especificados
F65.89	Otro trastorno parafílico especificado
F60.89	Otro trastorno de personalidad especificado
F28	Otro espectro de esquizofrenia especificado y otros trastornos psicóticos
F52.8	Otra disfunción sexual especificada
G47.8	Otro trastorno del sueño-vigilia especificado
F45.8	Otro síntoma somático especificado y trastorno relacionado
F95.8	Otro trastorno de tic especificado
F43.8	Otro trastorno específico relacionado con traumas y factores estresantes

	Intoxicación por otros estimulantes, con alteraciones de la percepción.
F15.122	Con trastorno por consumo leve
F15.222	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.922	Sin trastorno por consumo

	Intoxicación por otros estimulantes, sin alteraciones de la percepción
F15.120	Con trastorno por consumo leve
F15.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.920	Sin trastorno por consumo
	Ver también Trastorno por consumo de otros estimulantes o el no especificado
	Abstinencia de otros estimulantes
F15.13	Con trastorno por consumo leve
F15.23	Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.93	Sin trastorno por consumo

Machine Translated by Google

F19.921 Delirio inducido por otros medicamentos (o desconocidos) (otros medicamentos [o desconocidos] tomados según lo recetado)

F19.931 Delirio inducido por otros medicamentos (o desconocidos) (durante la abstinencia de otros medicamentos [o desconocidos]) medicamento tomado según lo prescrito)

Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas)

F19.180 Con trastorno por consumo leve

F19.280 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.980 Sin trastorno por consumo

Trastorno bipolar y relacionado inducido por otra sustancia (o desconocida)

F19.14 Con trastorno por consumo leve

F19.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.94 Sin trastorno por consumo

Trastorno depresivo inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas)

F19.14 Con trastorno por consumo leve

F19.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.94 Sin trastorno por consumo

Trastorno neurocognitivo mayor inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida)

F19.17 Con trastorno por consumo leve

F19.27 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.97 Sin trastorno por consumo

Trastorno neurocognitivo leve inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida)

F19.188 Con trastorno por consumo leve

F19.288 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.988 Sin trastorno por consumo

Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por otra sustancia (o desconocida)

F19.188 Con trastorno por consumo leve

F19.288 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.988 Sin trastorno por consumo

Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas)

F19.159 Con trastorno por consumo leve

F19.259 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.959 Sin trastorno por consumo

Disfunción sexual inducida por otra sustancia (o sustancia desconocida)

F19.181 Con trastorno por consumo leve

F19.281 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.981 Sin trastorno por consumo

Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas)

F19.182 Con trastorno por consumo leve

F19.282 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.982 Sin trastorno por consumo

Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), con alteraciones de la percepción

F19.122 Con trastorno por consumo leve

F19.222 Con trastorno por consumo moderado o grave

F19.922 Sin trastorno por consumo

Intoxicación por otra sustancia (o desconocida), sin alteraciones de la percepción

Machine Translated by Google

F19.120	Con trastorno por consumo leve
F19.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F19.920	Sin trastorno por consumo
	Delirio por intoxicación por otras sustancias (o sustancias desconocidas)
F19.121	Con trastorno por consumo leve
F19.221	Con trastorno por consumo moderado o grave
F19.921	Sin trastorno por consumo
	Trastorno por uso de otras sustancias (o sustancias desconocidas)
F19.10	Leve
F19.11	En remisión temprana
F19.11	En remisión sostenida
F19.20	Moderado
F19.21	En remisión temprana
F19.21	En remisión sostenida
F19.20	Severo
F19.21	En remisión temprana
F19.21	En remisión sostenida
	Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas), con alteraciones de la percepción
F19.132	Con trastorno por consumo leve
F19.232	Con trastorno por consumo moderado o grave
F19.932	Sin trastorno por consumo
	Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas), sin alteraciones de la percepción
F19.130	Con trastorno por consumo leve
F19.230	Con trastorno por consumo moderado o grave
F19.930	Sin trastorno por consumo
	Delirio por abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas)
F19.131	Con trastorno por consumo leve
F19.231	Con trastorno por consumo moderado o grave
F19.931	Sin trastorno por consumo

	Otro trastorno por consumo de estimulantes o el no especificado
F15.10	Leve
F15.11	En remisión temprana
F15.11	En remisión sostenida
F15.20	Moderado
F15.21	En remisión temprana
F15.21	En remisión sostenida
F15.20	Severo
F15.21	En remisión temprana
F15.21	En remisión sostenida
E66.9	Sobrepeso u obesidad
sin código	Especificador de ataque de pánico
F41.0	Trastorno de pánico
F60.0	Trastorno de personalidad paranoide

Machine Translated by Google

	Problema relacional entre padres e hijos
Z62.821	Hijo adoptado por padres
Z62.820	Padre-hijo biológico
Z62.822	Padre-hijo adoptivo
Z62.898	Otro cuidador-niño
F65.4	Trastorno pedófilo
F95.1	Trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos)
F34.1	Trastorno depresivo persistente
Z91.82	Historia personal de despliegue militar.
Z91.49	Historia personal de trauma psicológico.
F07.0	Cambio de personalidad debido a otra condición médica.
F12.921	Delirio inducido por agonistas del receptor de cannabis farmacéutico (agonista del receptor de cannabis farmacéutico medicamento tomado según lo prescrito)
Z60.0	Problema de fase de la vida.
	Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina
F16.180	Con trastorno por consumo leve
F16.280	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.980	Sin trastorno por consumo
	Trastorno bipolar y relacionados inducidos por fenciclidina
F16.14	Con trastorno por consumo leve
F16.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.94	Sin trastorno por consumo
	Trastorno depresivo inducido por fenciclidina
F16.14	Con trastorno por consumo leve
F16.24	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.94	Sin trastorno por consumo
	Trastorno psicótico inducido por fenciclidina
F16.159	Con trastorno por consumo leve
F16.259	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.959	Sin trastorno por consumo

	Intoxicación por fenciclidina
F16.120	Con trastorno por consumo leve
F16.220	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.920	Sin trastorno por consumo
	Delirio por intoxicación por fenciclidina
F16.121	Con trastorno por consumo leve
F16.221	Con trastorno por consumo moderado o grave
F16.921	Sin trastorno por consumo
	Trastorno por uso de fenciclidina
F16.10	Leve
F16.11	En remisión temprana
F16.11	En remisión sostenida
F16.20	Moderado
F16.21	En remisión temprana

Machine Translated by Google

F16.21	En remisión sostenida
F16.20	Severo
F16.21	En remisión temprana
F16.21	En remisión sostenida
	Pica
F50.89	En adultos
F98.3	En ninos
F43.10	Trastorno de estrés postraumático
F52.4	Eyaculación precoz (temprana)
F32.81	Trastorno disfórico premenstrual
Z56.82	Problema relacionado con el estado actual del despliegue militar.
Z72.9	Problema relacionado con el estilo de vida.
Z60.2	Problema relacionado con vivir solo
Z59.3	Problema relacionado con vivir en una institución residencial.
Z55.8	Problemas relacionados con una enseñanza inadecuada
Z64.1	Problemas relacionados con la multiparidad
Z65.3	Problemas relacionados con otras circunstancias legales
Z65.2	Problemas relacionados con la liberación de prisión
Z64.0	Problemas relacionados con el embarazo no deseado
F43.8	Trastorno de duelo prolongado
F95.0	Trastorno de tic provisional
F54	Factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas.
	Trastorno psicótico debido a otra condición médica.
F06.2	Con delirios
F06.0	Con alucinaciones
F63.1	Piromanía
G47.52	Trastorno de conducta del sueño con movimientos oculares rápidos
F94.1	Trastorno reactivo de la vinculación
Z63.0	Problemas de relación con el cónyuge o pareja íntima
Z65.8	Problema religioso o espiritual.

G25.81	Síndrome de piernas inquietas
F98.21	Trastorno de rumiación
	Trastorno esquizoafectivo
F25.0	tipo bipolar
F25.1	tipo depresivo
F60.1	Trastorno esquizoide de la personalidad
F20.9	Esquizofrenia
F20.81	Trastorno esquizofreniforme
F21	Trastorno esquizotípico de la personalidad
Z55.1	Escolarización no disponible e inalcanzable
	Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
F13.180	Con trastorno por consumo leve
F13.280	Con trastorno por consumo moderado o grave

Machine Translated by Google

F13.980 Sin trastorno por consumo

Trastorno bipolar y relacionados inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.14 Con trastorno por consumo leve

F13.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.94 Sin trastorno por consumo

F13.921 Delirio inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) tomado según lo prescrito)

F13.931 Delirio inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (durante la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). medicación ansiolítica tomada según lo prescrito)

Trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.14 Con trastorno por consumo leve

F13.24 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.94 Sin trastorno por consumo

Trastorno neurocognitivo mayor inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.27 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.97 Sin trastorno por consumo

Trastorno neurocognitivo leve inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.188 Con trastorno por consumo leve

F13.288 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.988 Sin trastorno por consumo

Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.159 Con trastorno por consumo leve

F13.259 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.959 Sin trastorno por consumo

Disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.181 Con trastorno por consumo leve

F13.281 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.981 Sin trastorno por consumo

Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.182 Con trastorno por consumo leve

F13.282 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.982 Sin trastorno por consumo

Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

F13.120 Con trastorno por consumo leve

F13.220 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.920 Sin trastorno por consumo

Delirio por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

F13.121 Con trastorno por consumo leve

F13.221 Con trastorno por consumo moderado o grave

F13.921 Sin trastorno por consumo

Trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.10 Leve

F13.11 En remisión temprana

F13.11 En remisión sostenida

Machine Translated by Google

F13.20	Moderado
F13.21	En remisión temprana
F13.21	En remisión sostenida
F13.20	Severo
F13.21	En remisión temprana
F13.21	En remisión sostenida
	Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alteraciones de la percepción.
F13.132	Con trastorno por consumo leve
F13.232	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.932	Sin trastorno por consumo
	Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin alteraciones de la percepción.
F13.130	Con trastorno por consumo leve
F13.230	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.930	Sin trastorno por consumo
	Delirio por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
F13.131	Con trastorno por consumo leve
F13.231	Con trastorno por consumo moderado o grave
F13.931	Sin trastorno por consumo
F94.0	Mutismo selectivo
F93.0	Trastorno de ansiedad por separación
Z70.9	asesoramiento sexual
Z56.81	Acoso sexual en el trabajo
F65.51	Trastorno de masoquismo sexual
F65.52	Trastorno de sadismo sexual
Z62.891	Problema relacional entre hermanos
	Hipoventilación relacionada con el sueño
G47.36	Hipoventilación comórbida relacionada con el sueño
G47.35	Hipoventilación alveolar central congénita
G47.34	Hipoventilación idiopática
F40.10	Desorden de ansiedad social
Z60.4	Exclusión o rechazo social
F80.82	Trastorno de la comunicación social (pragmática)

F45.1	Trastorno de síntomas somáticos
	Trastorno específico del aprendizaje
F81.2	Con deterioro en matemáticas.
F81.0	Con deterioro en la lectura.
F81.81	Con deterioro de la expresión escrita.
	fobia específica
F40.218	Animal
	Lesión por inyección de sangre
F40.230	miedo a la sangre
F40.231	Miedo a las inyecciones y transfusiones.

Machine Translated by Google

F40.233	Miedo a lastimarse
F40.232	Miedo a otra atención médica.
F40.228	Entorno natural
F40.298	Otro
F40.248	situacional
F80.0	Trastorno de los sonidos del habla
	Maltrato de cónyuge o pareja, Psicológico, Confirmado
T74.31XA	Encuentro inicial
T74.31XD	Encuentro posterior
	Abuso de cónyuge o pareja, Psicológico, Sospecha
T76.31XA	Encuentro inicial
T76.31XD	Encuentro posterior
	Negligencia del cónyuge o pareja, Confirmada
T74.01XA	Encuentro inicial
T74.01XD	Encuentro posterior
	Negligencia del cónyuge o pareja, Sospecha
T76.01XA	Encuentro inicial
T76.01XD	Encuentro posterior
	Violencia conyugal o de pareja, Física, Confirmada
T74.11XA	Encuentro inicial
T74.11XD	Encuentro posterior
	Violencia conyugal o de pareja, Física, Sospecha
T76.11XA	Encuentro inicial
T76.11XD	Encuentro posterior
	Violencia conyugal o de pareja, Sexual, Confirmada
T74.21XA	Encuentro inicial
T74.21XD	Encuentro posterior
	Violencia conyugal o de pareja, Sexual, Sospechosa
T76.21XA	Encuentro inicial
T76.21XD	Encuentro posterior
F98.4	Trastorno de movimientos estereotipados
	Intoxicación por estimulantes (ver sustancia tipo anfetamina, cocaína u otro estimulante no especificado). intoxicación para códigos específicos)
	Trastorno por consumo de estimulantes (ver sustancia tipo anfetamina, cocaína u otro estimulante no especificado) desorden de uso para códigos específicos)

	Abstinencia de estimulantes (ver sustancia tipo anfetamina, cocaína u otro estimulante no especificado) retiro para códigos específicos)
Z56.3	Horario de trabajo estresante
F80.81	Tartamudez (trastorno de la fluidez que comienza en la niñez)
	Delirio por intoxicación por sustancias (consulte sustancias específicas para conocer los códigos)
	Delirio por abstinencia de sustancias (consulte sustancias específicas para conocer los códigos)
	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos (consulte sustancias específicas para conocer los códigos)
	Trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicamentos (consulte sustancias específicas para conocer los códigos)

Machine Translated by Google

	Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos (consulte sustancias específicas para conocer los códigos)
	Trastorno neurocognitivo leve o mayor inducido por sustancias o medicamentos (consulte sustancias específicas para códigos)
	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicamentos (ver sustancias específicas para más información). códigos)
	Trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos (consulte sustancias específicas para conocer los códigos)
	Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos (consulte sustancias específicas para conocer los códigos)
	Trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos (consulte sustancias específicas para conocer los códigos)
	Comportamiento suicida, actual.
T14.91A	Encuentro inicial
T14.91D	Encuentro posterior
Z91.51	Comportamiento suicida, historia de
G25.71	Acatisia tardía
G24.01	discinesia tardía
G24.09	distonía tardía
Z60.5	Blanco de discriminación o persecución adversa (percibida)
Z56.2	Amenaza de pérdida de empleo
	Trastornos de tics
F95.8	Otro trastorno de tic especificado
F95.1	Trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos)
F95.0	Trastorno de tic provisional
F95.2	Trastorno de Tourette
F95.9	Trastorno de tics no especificado
F17.208	Trastorno del sueño inducido por tabaco, con trastorno por consumo moderado o grave
	Trastorno por consumo de tabaco
Z72.0	Leve
F17.200	Moderado
F17.201	En remisión temprana
F17.201	En remisión sostenida
F17.200	Severo
F17.201	En remisión temprana
F17.201	En remisión sostenida

F17.203	abstinencia de tabaco
F95.2	Trastorno de Tourette
F65.1	Trastorno travesti
F63.3	Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo)
Z75.3	Indisponibilidad o inaccesibilidad de establecimientos de atención médica.
Z75.4	Falta de disponibilidad o inaccesibilidad de otras agencias de ayuda.
Z63.4	Duelo sin complicaciones
Z56.5	Ambiente de trabajo poco agradable
Z55.3	Bajo rendimiento escolar
Z56.0	Desempleo
F10.99	Trastorno no especificado relacionado con el alcohol

Machine Translated by Google

F41.9	Trastorno de ansiedad no especificado
F90.9	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado
F31.9	Trastorno bipolar y relacionados no especificados
F15.99	Trastorno no especificado relacionado con la cafeína
F12.99	Trastorno no especificado relacionado con el cannabis
F06.1	Catatonia no especificada (codifique primero R29.818 otros síntomas que afecten al sistema nervioso y musculoesquelético). sistemas)
F80.9	Trastorno de comunicación no especificado
R41.0	Delirio no especificado
F32.A	Trastorno depresivo no especificado
F91.9	Trastorno disruptivo, de control de impulsos y de conducta no especificado
F44.9	Trastorno disociativo no especificado
	Trastorno de eliminación no especificado
R15.9	Con síntomas fecales
R32	Con síntomas urinarios
F50.9	Trastorno alimentario o alimentario no especificado
F64.9	Disforia de género no especificada
F16.99	Trastorno no especificado relacionado con alucinógenos
G47.10	Trastorno de hipersomnolencia no especificado
F18.99	Trastorno no especificado relacionado con inhalantes
G47.00	Trastorno de insomnio no especificado
F79	Trastorno del desarrollo intelectual no especificado (discapacidad intelectual)
F99	Trastorno mental no especificado
F09	Trastorno mental no especificado debido a otra condición médica
F39	Trastorno del estado de ánimo no especificado
R41.9	Trastorno neurocognitivo no especificado
F89	Trastorno del neurodesarrollo no especificado
F42.9	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados no especificados
F11.99	Trastorno no especificado relacionado con opioides
F19.99	Trastorno relacionado con otras sustancias no especificadas (o desconocidas)
F65.9	Trastorno parafílico no especificado
F60.9	Trastorno de personalidad no especificado
F16.99	Trastorno no especificado relacionado con fenciclidina

F29	Espectro de esquizofrenia no especificado y otros trastornos psicóticos
F13.99	Trastorno no especificado relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
F52.9	Disfunción sexual no especificada
G47.9	Trastorno de sueño-vigilia no especificado
F45.9	Síntoma somático no especificado y trastorno relacionado
	Trastorno no especificado relacionado con estimulantes
F15.99	Trastorno relacionado con sustancias de tipo anfetamínico no especificado
F14.99	Trastorno no especificado relacionado con la cocaína
F15.99	Otro trastorno relacionado con estimulantes no especificado
F95.9	Trastorno de tics no especificado
F17.209	Trastorno no especificado relacionado con el tabaco

Machine Translated by Google

F43.9	Trastorno no especificado relacionado con traumas y factores estresantes
Z62.29	Crianza lejos de los padres
Z65.4	Víctima del crimen
Z65.4	Víctima de terrorismo o tortura.
F65.3	Trastorno voyeurista
Z91.83	Deambulación asociada a un trastorno mental.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Listado numérico del DSM-5-TR
Diagnósticos y códigos ICD-10-CM

Para consultar la codificación DSM-5-TR periódica y otras actualizaciones, consulte www.dsm5.org.

CIE-10-CM	Trastorno, condición o problema
E66.9	Sobrepeso u obesidad
F01.50	Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a enfermedad vascular, sin alteración del comportamiento
F01.50	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a enfermedad vascular, sin alteración del comportamiento
F01.51	Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a enfermedad vascular, con alteración del comportamiento
F01.51	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a enfermedad vascular, con alteración del comportamiento
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, sin alteración del comportamiento
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la infección por VIH, sin alteración del comportamiento (codifique primero B20 infección por VIH)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, sin alteración del comportamiento (codificar primero G10 enfermedad de Huntington)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a múltiples etiologías, sin alteración del comportamiento
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor por posible enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento (codifique primero G30.9 Enfermedad de Alzheimer)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor por posible degeneración frontotemporal, Sin conducta alteración (codifique primero G31.09 degeneración frontotemporal)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor con posibles cuerpos de Lewy, sin alteración del comportamiento (codificar primero G31.83 Enfermedad con cuerpos de Lewy)
F02.80	Trastorno neurocognitivo importante posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson, sin alteración del comportamiento (codifique primero G20 enfermedad de Parkinson)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad priónica, sin alteración del comportamiento (codifique primero A81.9 enfermedad priónica)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento (codifique primero G30.9 Enfermedad de Alzheimer)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor por probable degeneración frontotemporal, Sin conducta alteración (codifique primero G31.09 degeneración frontotemporal)

F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor con probables cuerpos de Lewy, sin alteración del comportamiento (codifique primero G31.83 Enfermedad con cuerpos de Lewy)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a la enfermedad de Parkinson, sin alteración del comportamiento (codifique primero G20 enfermedad de Parkinson)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a lesión cerebral traumática, Sin alteración del comportamiento (código primera S06.2X9S lesión cerebral traumática difusa con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, con alteración del comportamiento
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la infección por VIH, con alteración del comportamiento (codifique primero B20 VIH

Machine Translated by Google

	infección)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, con alteración del comportamiento (codifique primero G10 enfermedad de Huntington)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a múltiples etiologías, con alteración del comportamiento
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor por posible enfermedad de Alzheimer, con alteración del comportamiento (código primera enfermedad de Alzheimer G30.9)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor por posible degeneración frontotemporal, con conducta alteración (codifique primero G31.09 degeneración frontotemporal)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor con posibles cuerpos de Lewy, con alteración del comportamiento (codifique primero G31.83 Enfermedad con cuerpos de Lewy)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson, con alteración del comportamiento (código primera enfermedad de Parkinson del G20)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad priónica, con alteración del comportamiento (codifique primero A81.9 enfermedad priónica)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable enfermedad de Alzheimer, con alteración del comportamiento (código primera enfermedad de Alzheimer G30.9)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable degeneración frontotemporal, con conducta alteración (codifique primero G31.09 degeneración frontotemporal)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor con probables cuerpos de Lewy, con alteración del comportamiento (codificar primero G31.83 Enfermedad con cuerpos de Lewy)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a la enfermedad de Parkinson, con alteración del comportamiento (código primera enfermedad de Parkinson del G20)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a una lesión cerebral traumática, con alteración del comportamiento (codifique primero S06.2X9S Lesión cerebral traumática difusa con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela)
F05	Delirio debido a otra condición médica.
F05	Delirio por múltiples etiologías.
F06.0	Trastorno psicótico debido a otra afección médica, con alucinaciones
F06.1	Catatonia asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonia)
F06.1	Trastorno catatónico debido a otra condición médica
F06.1	Catatonia no especificada (codifique primero R29.818 otros síntomas que afecten al sistema nervioso y musculoesquelético). sistemas)
F06.2	Trastorno psicótico debido a otra condición médica, con delirios
F06.31	Trastorno depresivo debido a otra afección médica, Con rasgos depresivos
F06.32	Trastorno depresivo debido a otra afección médica, con episodio similar a una depresión mayor

F06.33	Trastorno bipolar y relacionados debido a otra afección médica, con características maníacas
F06.33	Trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica, con episodio maníaco o hipomaníaco
F06.34	Trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica, con características mixtas
F06.34	Trastorno depresivo debido a otra afección médica, con características mixtas
F06.4	Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica
F06.8	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados debido a otra afección médica
F06.8	Otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica
F07.0	Cambio de personalidad debido a otra condición médica.
F09	Trastorno mental no especificado debido a otra condición médica
F10.10	Trastorno por consumo de alcohol, leve
F10.11	Trastorno por consumo de alcohol, leve, en remisión temprana
F10.11	Trastorno por consumo de alcohol, leve, en remisión sostenida

Machine Translated by Google

F10.120	Intoxicación por alcohol, Con trastorno por consumo leve
F10.121	Delirio por intoxicación por alcohol, con trastorno por consumo leve.
F10.130	Abstinencia de alcohol, Sin alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo leve
F10.131	Delirio por abstinencia de alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.132	Abstinencia de alcohol, Con alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo leve
F10.14	Trastorno bipolar y relacionados inducidos por el alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.14	Trastorno depresivo inducido por alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.159	Trastorno psicótico inducido por alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.180	Trastorno de ansiedad inducido por alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.181	Disfunción sexual inducida por alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.182	Trastorno del sueño inducido por alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.188	Trastorno neurocognitivo leve inducido por alcohol, Con trastorno por consumo leve
F10.20	Trastorno por consumo de alcohol, moderado
F10.20	Trastorno por consumo de alcohol, grave
F10.21	Trastorno por consumo de alcohol, moderado, en remisión temprana
F10.21	Trastorno por consumo de alcohol, moderado, en remisión sostenida
F10.21	Trastorno por consumo de alcohol, grave, en remisión temprana
F10.21	Trastorno por consumo de alcohol, grave, en remisión sostenida
F10.220	Intoxicación por alcohol, Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.221	Delirio por intoxicación por alcohol, Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.230	Abstinencia de alcohol, Sin alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.231	Delirio por abstinencia de alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.232	Abstinencia de alcohol, Con alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo moderado o grave
F10.24	Trastorno bipolar y relacionados inducidos por el alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.24	Trastorno depresivo inducido por alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.259	Trastorno psicótico inducido por alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.26	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por alcohol, de tipo amnésico-confabulatorio, con síntomas moderados o trastorno de consumo severo

F10.27	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por el alcohol, de tipo no amnésico-confabulatorio, con síntomas moderados o trastorno de consumo severo
F10.280	Trastorno de ansiedad inducido por alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.281	Disfunción sexual inducida por alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.282	Trastorno del sueño inducido por alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.288	Trastorno neurocognitivo leve inducido por alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.920	Intoxicación por alcohol, Sin trastorno por consumo
F10.921	Delirio por intoxicación alcohólica, sin trastorno por consumo
F10.930	Abstinencia de alcohol, Sin alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F10.931	Delirio por abstinencia de alcohol, sin trastorno por consumo
F10.932	Abstinencia de alcohol, Con alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F10.94	Trastorno bipolar y relacionados inducidos por el alcohol, sin trastorno por consumo
F10.94	Trastorno depresivo inducido por alcohol, sin trastorno por consumo
F10.959	Trastorno psicótico inducido por alcohol, sin trastorno por consumo
F10.96	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por alcohol, tipo amnésico-confabulatorio, sin trastorno por consumo
F10.97	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por alcohol, tipo no amnésico-confabulatorio, sin consumo

Machine Translated by Google

trastorno

F10.980	Trastorno de ansiedad inducido por alcohol, sin trastorno por consumo
F10.981	Disfunción sexual inducida por alcohol, sin trastorno por consumo
F10.982	Trastorno del sueño inducido por alcohol, Sin trastorno por consumo
F10.988	Trastorno neurocognitivo leve inducido por alcohol, sin trastorno por consumo
F10.99	Trastorno no especificado relacionado con el alcohol
F11.10	Trastorno por consumo de opioides, leve
F11.11	Trastorno por consumo de opioides, leve, en remisión temprana
F11.11	Trastorno por consumo de opioides, leve, en remisión sostenida
F11.120	Intoxicación por opioides, Sin alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo leve
F11.121	Delirio por intoxicación por opioides, con trastorno por consumo leve

F11.122	Intoxicación por opioides, Con alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo leve
F11.13	Abstinencia de opioides, con trastorno por consumo leve
F11.14	Trastorno depresivo inducido por opioides, con trastorno por consumo leve
F11.181	Disfunción sexual inducida por opioides, con trastorno por consumo leve
F11.182	Trastorno del sueño inducido por opioides, con trastorno por consumo leve
F11.188	Trastorno de ansiedad inducido por opioides, con trastorno por consumo leve
F11.188	Delirio por abstinencia de opioides, con trastorno por consumo leve
F11.20	Trastorno por consumo de opioides, moderado
F11.20	Trastorno por consumo de opioides, grave
F11.21	Trastorno por consumo de opioides, moderado, en remisión temprana
F11.21	Trastorno por consumo de opioides, moderado, en remisión sostenida
F11.21	Trastorno por consumo de opioides, grave, en remisión temprana
F11.21	Trastorno por consumo de opioides, grave, en remisión sostenida
F11.220	Intoxicación por opioides, Sin alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.221	Delirio por intoxicación por opioides, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.222	Intoxicación por opioides, Con alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo moderado o grave
F11.23	Abstinencia de opioides, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.24	Trastorno depresivo inducido por opioides, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.281	Disfunción sexual inducida por opioides, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.282	Trastorno del sueño inducido por opioides, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.288	Trastorno de ansiedad inducido por opioides, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.288	Delirio por abstinencia de opioides, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.920	Intoxicación por opioides, Sin alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F11.921	Delirio inducido por opioides (medicamentos opioides tomados según lo prescrito)
F11.921	Delirio por intoxicación por opioides, sin trastorno por consumo
F11.922	Intoxicación por opioides, Con alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F11.93	Abstinencia de opioides, sin trastorno por consumo
F11.94	Trastorno depresivo inducido por opioides, sin trastorno por consumo
F11.981	Disfunción sexual inducida por opioides, sin trastorno por consumo
F11.982	Trastorno del sueño inducido por opioides, sin trastorno por consumo
F11.988	Trastorno de ansiedad inducido por opioides, sin trastorno por consumo
F11.988	Delirio inducido por opioides (durante la abstinencia de medicamentos opioides tomados según lo prescrito)

Machine Translated by Google

F11.988	Delirio por abstinencia de opioides, sin trastorno por consumo
F11.99	Trastorno no especificado relacionado con opioides
F12.10	Trastorno por consumo de cannabis, leve
F12.11	Trastorno por consumo de cannabis, leve, en remisión temprana
F12.11	Trastorno por consumo de cannabis, leve, en remisión sostenida
F12.120	Intoxicación por cannabis, Sin alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo leve
F12.121	Delirio por intoxicación por cannabis, con trastorno por consumo leve
F12.122	Intoxicación por cannabis, Con alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo leve
F12.13	Abstinencia de cannabis, con trastorno por consumo leve
F12.159	Trastorno psicótico inducido por cannabis, con trastorno por consumo leve
F12.180	Trastorno de ansiedad inducido por cannabis, Con trastorno por consumo leve
F12.188	Trastorno del sueño inducido por cannabis, Con trastorno por consumo leve
F12.20	Trastorno por consumo de cannabis, moderado
F12.20	Trastorno por consumo de cannabis, grave
F12.21	Trastorno por consumo de cannabis, moderado, en remisión temprana
F12.21	Trastorno por consumo de cannabis, moderado, en remisión sostenida
F12.21	Trastorno por consumo de cannabis, grave, en remisión temprana
F12.21	Trastorno por consumo de cannabis, grave, en remisión sostenida
F12.220	Intoxicación por cannabis, Sin alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo moderado o grave
F12.221	Delirio por intoxicación por cannabis, con trastorno por consumo moderado o grave
F12.222	Intoxicación por cannabis, Con alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo moderado o grave
F12.23	Abstinencia de cannabis, Con trastorno por consumo moderado o grave
F12.259	Trastorno psicótico inducido por cannabis, con trastorno por consumo moderado o grave

F12.280	Trastorno de ansiedad inducido por cannabis, con trastorno por consumo moderado o grave
F12.288	Trastorno del sueño inducido por cannabis, con trastorno por consumo moderado o grave
F12.920	Intoxicación por cannabis, Sin alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F12.921	Delirio por intoxicación por cannabis, sin trastorno por consumo
F12.921	Delirio inducido por agonistas del receptor de cannabis farmacéutico (agonista del receptor de cannabis farmacéutico medicamento tomado según lo prescrito)
F12.922	Intoxicación por cannabis, Con alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F12.93	Abstinencia de cannabis, Sin trastorno por consumo
F12.959	Trastorno psicótico inducido por cannabis, trastorno sin consumo
F12.980	Trastorno de ansiedad inducido por cannabis, Sin trastorno por consumo
F12.988	Trastorno del sueño inducido por cannabis, Sin trastorno por consumo
F12.99	Trastorno no especificado relacionado con el cannabis
F13.10	Trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, leve
F13.11	Trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, leve, en remisión temprana
F13.11	Trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, leve, en remisión sostenida
F13.120	Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo leve
F13.121	Delirio por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo leve
F13.130	Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo leve
F13.131	Delirio por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo leve

Machine Translated by Google

F13.132	Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo leve
F13.14	Trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo leve
F13.14	Trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo leve
F13.159	Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo leve
F13.180	Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo leve
F13.181	Disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo leve
F13.182	Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo leve
F13.188	Trastorno neurocognitivo leve inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo leve
F13.20	Trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, moderado
F13.20	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, grave
F13.21	Trastorno por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, moderado, en remisión temprana
F13.21	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, moderado, en remisión sostenida
F13.21	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, grave, en remisión temprana
F13.21	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, grave, en remisión sostenida
F13.220	Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave.

F13.221	Delirio por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
F13.230	Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin alteraciones de la percepción, con moderada o trastorno de consumo severo
F13.231	Delirio por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
F13.232	Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Con alteraciones de la percepción, Con moderada o grave trastorno de uso
F13.24	Trastorno bipolar y relacionados inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con uso moderado o intenso trastorno
F13.24	Trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
F13.259	Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
F13.27	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con síntomas moderados o graves. trastorno de uso
F13.280	Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
F13.281	Disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
F13.282	Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
F13.288	Trastorno neurocognitivo leve inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con uso moderado o intenso trastorno
F13.920	Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.921	Delirio inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) tomado según lo prescrito)
F13.921	Delirio por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.930	Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Sin alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F13.931	Delirio inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (durante la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). medicación ansiolítica tomada según lo prescrito)
F13.931	Delirio por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.932	Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, Con alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F13.94	Trastorno bipolar y relacionados inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.94	Trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.959	Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.97	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.980	Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo

Machine Translated by Google

F13.981	Disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo

F13.982	Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.988	Trastorno neurocognitivo leve inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.99	Trastorno no especificado relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
F14.10	Trastorno por consumo de cocaína, leve
F14.11	Trastorno por consumo de cocaína, leve, en remisión temprana
F14.11	Trastorno por consumo de cocaína, leve, en remisión sostenida
F14.120	Intoxicación por cocaína, Sin alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo leve
F14.121	Delirio por intoxicación por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.122	Intoxicación por cocaína, Con alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo leve
F14.13	Abstinencia de cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.14	Trastorno bipolar y relacionados inducidos por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.14	Trastorno depresivo inducido por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.159	Trastorno psicótico inducido por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.180	Trastorno de ansiedad inducido por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.181	Disfunción sexual inducida por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.182	Trastorno del sueño inducido por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.188	Trastorno neurocognitivo leve inducido por cocaína, Con trastorno por consumo leve
F14.188	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducido por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.20	Trastorno por consumo de cocaína, moderado
F14.20	Trastorno por consumo de cocaína, grave
F14.21	Trastorno por consumo de cocaína, moderado, en remisión temprana
F14.21	Trastorno por consumo de cocaína, moderado, en remisión sostenida
F14.21	Trastorno por consumo de cocaína, grave, en remisión temprana
F14.21	Trastorno por consumo de cocaína, grave, en remisión sostenida
F14.220	Intoxicación por cocaína, Sin alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.221	Delirio por intoxicación por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.222	Intoxicación por cocaína, Con alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo moderado o grave
F14.23	Abstinencia de cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.24	Trastorno bipolar y relacionados inducido por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.24	Trastorno depresivo inducido por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.259	Trastorno psicótico inducido por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.280	Trastorno de ansiedad inducido por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.281	Disfunción sexual inducida por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.282	Trastorno del sueño inducido por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.288	Trastorno neurocognitivo leve inducido por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.288	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducido por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.920	Intoxicación por cocaína, Sin alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo

F14.921	Delirio por intoxicación por cocaína, sin trastorno por consumo
F14.922	Intoxicación por cocaína, Con alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo

Machine Translated by Google

F14.93	Abstinencia de cocaína, sin trastorno por consumo.
F14.94	Trastorno bipolar y relacionados inducido por cocaína, sin trastorno por consumo
F14.94	Trastorno depresivo inducido por cocaína, sin trastorno por consumo
F14.959	Trastorno psicótico inducido por cocaína, sin trastorno por consumo
F14.980	Trastorno de ansiedad inducido por cocaína, sin trastorno por consumo
F14.981	Disfunción sexual inducida por cocaína, sin trastorno por consumo
F14.982	Trastorno del sueño inducido por cocaína, Sin trastorno por consumo
F14.988	Trastorno neurocognitivo leve inducido por cocaína, sin trastorno por consumo
F14.988	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducido por cocaína, sin trastorno por consumo
F14.99	Trastorno no especificado relacionado con la cocaína
F15.10	Trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico, leve
F15.10	Trastorno por consumo de otros estimulantes o el no especificado, leve
F15.11	Trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico, leve, en remisión temprana
F15.11	Trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico, leve, en remisión sostenida
F15.11	Trastorno por consumo de otros estimulantes o el no especificado, leve, en remisión temprana
F15.11	Trastorno por consumo de otros estimulantes o el no especificado, leve, en remisión sostenida
F15.120	Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, Sin alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo leve
F15.120	Intoxicación por otros estimulantes, Sin alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo leve
F15.121	Delirio por intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), con trastorno por consumo leve
F15.122	Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, Con alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo leve
F15.122	Intoxicación por otros estimulantes, Con alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo leve
F15.13	Abstinencia de sustancias de tipo anfetamínico, con trastorno por consumo leve
F15.13	Abstinencia de otros estimulantes, con trastorno por consumo leve
F15.14	Trastorno bipolar y relacionados inducidos por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante), con consumo leve trastorno
F15.14	Trastorno depresivo inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), con trastorno por consumo leve
F15.159	Trastorno psicótico inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), con trastorno por consumo leve
F15.180	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), con trastorno por consumo leve
F15.181	Disfunción sexual inducida por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo leve
F15.182	Trastorno del sueño inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), con trastorno por consumo leve
F15.188	Trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante), con leve trastorno de uso
F15.188	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante). Con trastorno por consumo leve

F15.20	Trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico, moderado
F15.20	Trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico, grave
F15.20	Trastorno por consumo de otros estimulantes o el no especificado, moderado
F15.20	Trastorno por consumo de otros estimulantes o el no especificado, grave
F15.21	Trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico, moderado, en remisión temprana
F15.21	Trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico, moderado, en remisión sostenida
F15.21	Trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico, grave, en remisión temprana
F15.21	Trastorno por consumo de sustancias de tipo anfetamínico, grave, en remisión sostenida
F15.21	Trastorno por consumo de otros estimulantes o el no especificado, moderado, en remisión temprana
F15.21	Trastorno por consumo de otros estimulantes o el no especificado, moderado, en remisión sostenida

Machine Translated by Google

F15.21	Trastorno por consumo de otros estimulantes o el no especificado, grave, en remisión temprana
F15.21	Trastorno por consumo de otros estimulantes o el no especificado, grave, en remisión sostenida
F15.220	Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, Sin alteraciones de la percepción, Con moderada o grave trastorno de uso
F15.220	Intoxicación por otros estimulantes, Sin alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.221	Delirio por intoxicación por sustancias tipo anfetamina (u otro estimulante), con uso moderado o severo trastorno
F15.222	Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, Con alteraciones de la percepción, Con consumo moderado o intenso trastorno
F15.222	Intoxicación por otros estimulantes, Con alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.23	Abstinencia de sustancias de tipo anfetamínico, con trastorno por consumo moderado o grave
F15.23	Abstinencia de otros estimulantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F15.24	Trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante), con moderada o trastorno por consumo grave
F15.24	Trastorno depresivo inducido por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante), con intensidad moderada o trastorno de consumo severo
F15.259	Trastorno psicótico inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), con síntomas moderados o trastorno de consumo severo
F15.280	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), con síntomas moderados o graves trastorno de uso
F15.281	Disfunción sexual inducida por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante), con moderada o trastorno de consumo severo
F15.282	Trastorno del sueño inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), con uso moderado o intenso trastorno
F15.288	Trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo moderado o severo
F15.288	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante). Con trastorno por consumo moderado o grave
F15.920	Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, Sin alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F15.920	Intoxicación por cafeína
F15.920	Intoxicación por otros estimulantes, Sin alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo

F15.921	Delirio inducido por medicamentos de tipo anfetamina (u otro estimulante) (tipo anfetamínico u otro medicamento estimulante tomado según lo prescrito)
F15.921	Delirio por intoxicación por sustancias tipo anfetamina (u otro estimulante), sin trastorno por consumo
F15.922	Intoxicación por sustancias de tipo anfetamínico, Con alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F15.922	Intoxicación por otros estimulantes, Con alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F15.93	Abstinencia de sustancias tipo anfetamina, sin trastorno por consumo
F15.93	abstinencia de cafeina
F15.93	Abstinencia de otros estimulantes, sin trastorno por consumo
F15.94	Trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante), sin uso trastorno
F15.94	Trastorno depresivo inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), sin trastorno por consumo
F15.959	Trastorno psicótico inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), sin trastorno por consumo
F15.980	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), sin trastorno por consumo
F15.980	Trastorno de ansiedad inducido por cafeína, sin trastorno por consumo
F15.981	Disfunción sexual inducida por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante), sin trastorno por consumo
F15.982	Trastorno del sueño inducido por sustancias de tipo anfetamínico (u otro estimulante), sin trastorno por consumo

Machine Translated by Google

F15.982	Trastorno del sueño inducido por cafeína, sin trastorno por consumo
F15.988	Trastorno neurocognitivo leve inducido por sustancias tipo anfetamina (u otro estimulante), sin uso trastorno
F15.988	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias de tipo anfetamina (u otro estimulante). Sin trastorno por consumo
F15.99	Trastorno relacionado con sustancias de tipo anfetamínico no especificado
F15.99	Trastorno no especificado relacionado con la cafeína
F15.99	Otro trastorno relacionado con estimulantes no especificado
F16.10	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, leve
F16.10	Trastorno por consumo de fenciclidina, leve
F16.11	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, leve, en remisión temprana
F16.11	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, leve, en remisión sostenida
F16.11	Trastorno por consumo de fenciclidina, leve, en remisión temprana
F16.11	Trastorno por consumo de fenciclidina, leve, en remisión sostenida
F16.120	Intoxicación por otros alucinógenos, con trastorno por consumo leve
F16.120	Intoxicación por fenciclidina, con trastorno por consumo leve
F16.121	Delirio por intoxicación por otros alucinógenos, con trastorno por consumo leve
F16.121	Delirio por intoxicación por fenciclidina, con trastorno por consumo leve
F16.14	Otros trastornos bipolares y relacionados inducidos por alucinógenos, con trastorno por consumo leve
F16.14	Trastorno depresivo inducido por otros alucinógenos, con trastorno por consumo leve
F16.14	Trastorno bipolar y relacionado inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo leve

F16.14	Trastorno depresivo inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo leve
F16.159	Otro trastorno psicótico inducido por alucinógenos, con trastorno por consumo leve
F16.159	Trastorno psicótico inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo leve
F16.180	Trastorno de ansiedad inducido por otros alucinógenos, con trastorno por consumo leve
F16.180	Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo leve
F16.20	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, moderado
F16.20	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, grave
F16.20	Trastorno por consumo de fenciclidina, moderado
F16.20	Trastorno por consumo de fenciclidina, grave
F16.21	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, moderado, en remisión temprana
F16.21	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, moderado, en remisión sostenida
F16.21	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, grave, en remisión temprana
F16.21	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, grave, en remisión sostenida
F16.21	Trastorno por consumo de fenciclidina, moderado, en remisión temprana
F16.21	Trastorno por consumo de fenciclidina, moderado, en remisión sostenida
F16.21	Trastorno por consumo de fenciclidina, grave, en remisión temprana
F16.21	Trastorno por consumo de fenciclidina, grave, en remisión sostenida
F16.220	Intoxicación por otros alucinógenos, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.220	Intoxicación por fenciclidina, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.221	Delirio por intoxicación por otros alucinógenos, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.221	Delirio por intoxicación por fenciclidina, con trastorno por consumo moderado o grave

Machine Translated by Google

F16.24	Otros trastornos bipolares y relacionados inducidos por alucinógenos, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.24	Trastorno depresivo inducido por otros alucinógenos, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.24	Trastorno bipolar y relacionado inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.24	Trastorno depresivo inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.259	Otro trastorno psicótico inducido por alucinógenos, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.259	Trastorno psicótico inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.280	Trastorno de ansiedad inducido por otros alucinógenos, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.280	Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.920	Intoxicación por otros alucinógenos, sin trastorno por consumo
F16.920	Intoxicación por fenciclidina, sin trastorno por consumo
F16.921	Delirio inducido por ketamina u otros alucinógenos (ketamina u otros medicamentos alucinógenos tomados como prescrito o por razones médicas)
F16.921	Delirio por intoxicación por otros alucinógenos, sin trastorno por consumo
F16.921	Delirio por intoxicación por fenciclidina, sin trastorno por consumo
F16.94	Otros trastornos bipolares y relacionados inducidos por alucinógenos, sin trastorno por consumo

F16.94	Trastorno depresivo inducido por otros alucinógenos, sin trastorno por consumo
F16.94	Trastorno bipolar y relacionados inducidos por fenciclidina, sin trastorno por consumo
F16.94	Trastorno depresivo inducido por fenciclidina, sin trastorno por consumo
F16.959	Otro trastorno psicótico inducido por alucinógenos, sin trastorno por consumo
F16.959	Trastorno psicótico inducido por fenciclidina, sin trastorno por consumo
F16.980	Trastorno de ansiedad inducido por otros alucinógenos, sin trastorno por consumo
F16.980	Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina, sin trastorno por consumo
F16.983	Trastorno de percepción persistente de alucinógenos
F16.99	Trastorno no especificado relacionado con alucinógenos
F16.99	Trastorno no especificado relacionado con fenciclidina
F17.200	Trastorno por consumo de tabaco, moderado
F17.200	Trastorno por consumo de tabaco, grave
F17.201	Trastorno por consumo de tabaco, moderado, en remisión temprana
F17.201	Trastorno por consumo de tabaco, moderado, en remisión sostenida
F17.201	Trastorno por consumo de tabaco, grave, en remisión temprana
F17.201	Trastorno por consumo de tabaco, grave, en remisión sostenida
F17.203	abstinencia de tabaco
F17.208	Trastorno del sueño inducido por tabaco, con trastorno por consumo moderado o grave
F17.209	Trastorno no especificado relacionado con el tabaco
F18.10	Trastorno por consumo de inhalantes, leve
F18.11	Trastorno por consumo de inhalantes, leve, en remisión temprana
F18.11	Trastorno por consumo de inhalantes, leve, en remisión sostenida
F18.120	Intoxicación por inhalantes, Con trastorno por consumo leve
F18.121	Delirio por intoxicación por inhalantes, con trastorno por consumo leve
F18.14	Trastorno depresivo inducido por inhalantes, con trastorno por consumo leve
F18.159	Trastorno psicótico inducido por inhalantes, con trastorno por consumo leve
F18.17	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes, con trastorno por consumo leve
F18.180	Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes, con trastorno por consumo leve
F18.188	Trastorno neurocognitivo leve inducido por inhalantes, con trastorno por consumo leve

Machine Translated by Google

F18.20	Trastorno por consumo de inhalantes, moderado
F18.20	Trastorno por consumo de inhalantes, grave
F18.21	Trastorno por consumo de inhalantes, moderado, en remisión temprana
F18.21	Trastorno por consumo de inhalantes, moderado, en remisión sostenida
F18.21	Trastorno por consumo de inhalantes, grave, en remisión temprana
F18.21	Trastorno por consumo de inhalantes, grave, en remisión sostenida
F18.220	Intoxicación por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F18.221	Delirio por intoxicación por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F18.24	Trastorno depresivo inducido por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F18.259	Trastorno psicótico inducido por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F18.27	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F18.280	Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F18.288	Trastorno neurocognitivo leve inducido por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F18.920	Intoxicación por inhalantes, Sin trastorno por consumo

F18.921	Delirio por intoxicación por inhalantes, sin trastorno por consumo
F18.94	Trastorno depresivo inducido por inhalantes, sin trastorno por consumo
F18.959	Trastorno psicótico inducido por inhalantes, sin trastorno por consumo
F18.97	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes, sin trastorno por consumo
F18.980	Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes, sin trastorno por consumo
F18.988	Trastorno neurocognitivo leve inducido por inhalantes, sin trastorno por consumo
F18.99	Trastorno no especificado relacionado con inhalantes
F19.10	Trastorno por uso de otras sustancias (o sustancias desconocidas), leve
F19.11	Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas), leve, en remisión temprana
F19.11	Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas), leve, en remisión sostenida
F19.120	Intoxicación por otra sustancia (o desconocida), Sin alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo leve
F19.121	Delirio por intoxicación por otra sustancia (o sustancia desconocida), con trastorno por consumo leve
F19.122	Intoxicación por otra sustancia (o desconocida), Con alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo leve
F19.130	Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas), Sin alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo leve
F19.131	Delirio por abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo leve
F19.132	Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas), Con alteraciones de la percepción, Con trastorno por consumo leve
F19.14	Trastorno bipolar y relacionado inducido por otra sustancia (o desconocida), con trastorno por consumo leve
F19.14	Trastorno depresivo inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo leve
F19.159	Trastorno psicótico inducido por otra sustancia (o desconocida), con trastorno por consumo leve
F19.17	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por otro (o desconocido) sustancia, con trastorno por consumo leve
F19.180	Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo leve
F19.181	Disfunción sexual inducida por otra sustancia (o desconocida), con trastorno por consumo leve
F19.182	Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo leve
F19.188	Trastorno neurocognitivo leve inducido por otra sustancia (o desconocida), con trastorno por consumo leve
F19.188	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por otra sustancia (o desconocida), con uso leve trastorno
F19.20	Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas), moderado
F19.20	Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas), grave
F19.21	Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas), moderado, en remisión temprana

Machine Translated by Google

F19.21	Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas), moderado, en remisión sostenida
F19.21	Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas), grave, en remisión temprana
F19.21	Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas), grave, en remisión sostenida
F19.220	Intoxicación por otra sustancia (o desconocida), sin alteraciones de la percepción, con moderada o grave trastorno de uso

F19.221	Delirio por intoxicación por otra sustancia (o desconocida), con trastorno por consumo moderado o grave
F19.222	Intoxicación por otra sustancia (o desconocida), con alteraciones de la percepción, con uso moderado o intenso trastorno
F19.230	Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas), sin alteraciones de la percepción, con abstinencia moderada o grave trastorno de uso
F19.231	Delirio por abstinencia de otras sustancias (o desconocidas), con trastorno por consumo moderado o grave
F19.232	Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas), Con alteraciones de la percepción, Con uso moderado o severo trastorno
F19.24	Trastorno bipolar y relacionado inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con uso moderado o severo trastorno
F19.24	Trastorno depresivo inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo moderado o grave
F19.259	Trastorno psicótico inducido por otra sustancia (o desconocida), con trastorno por consumo moderado o grave
F19.27	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida), con uso moderado o severo trastorno
F19.280	Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo moderado o grave
F19.281	Disfunción sexual inducida por otra sustancia (o desconocida), con trastorno por consumo moderado o grave
F19.282	Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo moderado o grave
F19.288	Trastorno neurocognitivo leve inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida), con uso moderado o intenso trastorno
F19.288	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por otra sustancia (o desconocida), con intensidad moderada o trastorno de consumo severo
F19.920	Intoxicación por otra sustancia (o desconocida), Sin alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F19.921	Delirio inducido por otros medicamentos (o desconocidos) (otros medicamentos [o desconocidos] tomados según lo recetado)
F19.921	Delirio por intoxicación por otra sustancia (o sustancia desconocida), sin trastorno por consumo
F19.922	Intoxicación por otra sustancia (o desconocida), Con alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F19.930	Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas), Sin alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F19.931	Delirio inducido por otros medicamentos (o desconocidos) (durante la abstinencia de otros medicamentos [o desconocidos]) medicamento tomado según lo prescrito)
F19.931	Delirio por abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas), sin trastorno por consumo
F19.932	Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas), Con alteraciones de la percepción, Sin trastorno por consumo
F19.94	Trastorno bipolar y relacionado inducido por otra sustancia (o desconocida), sin trastorno por consumo
F19.94	Trastorno depresivo inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), sin trastorno por consumo
F19.959	Trastorno psicótico inducido por otra sustancia (o desconocida), sin trastorno por consumo

F19.97	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por otro (o desconocido) sustancia, sin trastorno por consumo
F19.980	Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), sin trastorno por consumo
F19.981	Disfunción sexual inducida por otra sustancia (o desconocida), sin trastorno por consumo
F19.982	Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), sin trastorno por consumo
F19.988	Trastorno neurocognitivo leve inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida), sin trastorno por consumo

Machine Translated by Google

F19.988	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por otra sustancia (o desconocida), Sin uso trastorno
F19.99	Trastorno relacionado con otras sustancias no especificadas (o desconocidas)
F20.81	Trastorno esquizofreniforme
F20.9	Esquizofrenia
F21	Trastorno esquizotípico de la personalidad
F22	Desorden delirante
F23	Trastorno psicótico breve
F25.0	Trastorno esquizoafectivo, tipo bipolar
F25.1	Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo
F28	Otro espectro de esquizofrenia especificado y otros trastornos psicóticos
F29	Espectro de esquizofrenia no especificado y otros trastornos psicóticos
F31.0	Trastorno bipolar I, episodio hipomaníaco actual o más reciente
F31.11	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, leve
F31.12	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, moderado
F31.13	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, grave
F31.2	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, con características psicóticas
F31.31	Trastorno bipolar I, Episodio depresivo actual o más reciente, Leve
F31.32	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, moderado
F31.4	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, grave
F31.5	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, con características psicóticas
F31.71	Trastorno bipolar I, Episodio hipomaníaco actual o más reciente, En remisión parcial
F31.72	Trastorno bipolar I, Episodio hipomaníaco actual o más reciente, En remisión completa
F31.73	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, en remisión parcial
F31.74	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, en remisión completa
F31.75	Trastorno bipolar I, Episodio depresivo actual o más reciente, En remisión parcial
F31.76	Trastorno bipolar I, Episodio depresivo actual o más reciente, En remisión completa
F31.81	Trastorno bipolar II
F31.89	Otros trastornos bipolares y relacionados especificados
F31.9	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, no especificado
F31.9	Trastorno bipolar I, episodio hipomaníaco actual o más reciente, no especificado
F31.9	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, no especificado

F31.9	Trastorno bipolar I, episodio actual o más reciente no especificado
F31.9	Trastorno bipolar y relacionados no especificados
F32.0	Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve
F32.1	Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado
F32.2	Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave
F32.3	Trastorno depresivo mayor, episodio único, con rasgos psicóticos
F32.4	Trastorno depresivo mayor, episodio único, en remisión parcial
F32.5	Trastorno depresivo mayor, Episodio único, En plena remisión
F32.81	Trastorno disfórico premenstrual
F32.89	Otro trastorno depresivo especificado
F32.9	Trastorno depresivo mayor, episodio único, no especificado
F32.A	Trastorno depresivo no especificado

Machine Translated by Google

F33.0	Trastorno depresivo mayor, Episodio recurrente, Leve
F33.1	Trastorno depresivo mayor, Episodio recurrente, Moderado
F33.2	Trastorno depresivo mayor, Episodio recurrente, Grave
F33.3	Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente, con rasgos psicóticos
F33.41	Trastorno depresivo mayor, Episodio recurrente, En remisión parcial
F33.42	Trastorno depresivo mayor, Episodio recurrente, En plena remisión
F33.9	Trastorno depresivo mayor, Episodio recurrente, No especificado
F34.0	Trastorno ciclotímico
F34.1	Trastorno depresivo persistente
F34.81	Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
F39	Trastorno del estado de ánimo no especificado
40,00 francos	Agorafobia
F40.10	Desorden de ansiedad social
F40.218	Fobia específica, animales
F40.228	Fobia específica, Medio ambiente natural
F40.230	Fobia específica, Miedo a la sangre.
F40.231	Fobia específica, Miedo a las inyecciones y transfusiones.
F40.232	Fobia específica, miedo a otros cuidados médicos.
F40.233	Fobia específica, miedo a sufrir lesiones.
F40.248	Fobia específica, situacional
F40.298	Fobia específica, Otros
F41.0	Trastorno de pánico
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
F41.8	Otro trastorno de ansiedad especificado
F41.9	Trastorno de ansiedad no especificado
F42.2	Trastorno obsesivo compulsivo
F42.3	Trastorno de acaparamiento
F42.4	Trastorno de excoriación (hurgarse la piel)
F42.8	Otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados especificados
F42.9	Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados no especificados
F43.0	Trastorno de estrés agudo
F43.10	Trastorno de estrés postraumático

F43.20	Trastornos de adaptación, no especificados
F43.21	Trastornos de adaptación, Con estado de ánimo deprimido
F43.22	Trastornos de adaptación, Con ansiedad
F43.23	Trastornos de adaptación, con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido.
F43.24	Trastornos de adaptación, Con alteración de la conducta.
F43.25	Trastornos de adaptación, con alteración mixta de las emociones y la conducta.
F43.8	Otro trastorno específico relacionado con traumas y factores estresantes
F43.8	Trastorno de duelo prolongado
F43.9	Trastorno no especificado relacionado con traumas y factores estresantes
F44.0	amnesia disociativa
F44.1	Amnesia disociativa, Con fuga disociativa

Machine Translated by Google

F44.4	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), con movimientos anormales
F44.4	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), con síntomas del habla
F44.4	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), con síntomas de deglución
F44.4	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), con debilidad/parálisis
F44.5	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), con ataques o convulsiones
F44.6	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), con anestesia o pérdida sensorial
F44.6	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), con síntomas sensoriales especiales
F44.7	Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión), con síntomas mixtos
F44.81	Trastorno de identidad disociativo
F44.89	Otro trastorno disociativo especificado
F44.9	Trastorno disociativo no especificado
F45.1	Trastorno de síntomas somáticos
F45.21	Trastorno de ansiedad por enfermedad
F45.22	Desórden dismórfico del cuerpo
F45.8	Otro síntoma somático especificado y trastorno relacionado
F45.9	Síntoma somático no especificado y trastorno relacionado
F48.1	Trastorno de despersonalización/desrealización
F50.01	Anorexia nerviosa, tipo restrictivo
F50.02	Anorexia nerviosa, tipo atracones/purgas
F50.2	Bulimia nerviosa
F50.81	Trastorno por atracón
F50.82	Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos
F50.89	Otro trastorno alimentario o alimentario especificado
F50.89	Pica, en adultos
F50.9	Trastorno alimentario o alimentario no especificado
F51.01	Trastorno de insomnio
F51.11	Trastorno de hipersomnolencia

F51.3	Trastornos del despertar del sueño por movimientos oculares no rápidos, tipo sonambulismo
F51.4	Trastornos del despertar del sueño por movimientos oculares no rápidos, tipo terror nocturno
F51.5	Trastorno de pesadilla
F52.0	Trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino
F52.21	Trastorno eréctil
F52.22	Trastorno del interés/excitación sexual femenina
F52.31	Trastorno orgásmico femenino
F52.32	eyaculación retardada
F52.4	Eyaculación precoz (temprana)
F52.6	Dolor genitopélvico/trastorno de penetración
F52.8	Otra disfunción sexual especificada
F52.9	Disfunción sexual no especificada
F54	Factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas.
F60.0	Trastorno de personalidad paranoide
F60.1	Trastorno esquizoide de la personalidad

Machine Translated by Google

F60.2	Desorden de personalidad antisocial
F60.3	Trastorno límite de la personalidad
F60.4	Trastorno de personalidad histriónica
F60.5	Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo
F60.6	Desorden de personalidad evasiva
F60.7	Trastorno de personalidad dependiente
F60.81	Trastorno de personalidad narcisista
F60.89	Otro trastorno de personalidad especificado
F60.9	Trastorno de personalidad no especificado
F63.0	Trastorno del juego
F63.1	Piromanía
F63.2	Cleptomanía
F63.3	Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo)
F63.81	Trastorno explosivo intermitente
F64.0	Disforia de género en adolescentes y adultos
F64.2	Disforia de género en niños
F64.8	Otra disforia de género especificada
F64.9	Disforia de género no especificada
F65.0	Trastorno fetichista
F65.1	Trastorno travesti
F65.2	Trastorno exhibicionista
F65.3	Trastorno voyeurista
F65.4	Trastorno pedófilo
F65.51	Trastorno de masoquismo sexual
F65.52	Trastorno de sadismo sexual
F65.81	Trastorno frotteurista
F65.89	Otro trastorno parafílico especificado
F65.9	Trastorno parafílico no especificado
F68.10	Trastorno facticio impuesto a uno mismo

F68.A	Desorden facticio impuesto a otro
F70	Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual), leve
F71	Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual), moderado
F72	Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual), grave
F73	Trastorno del desarrollo intelectual (discapacidad intelectual), profundo
F79	Trastorno del desarrollo intelectual no especificado (discapacidad intelectual)
F80.0	Trastorno de los sonidos del habla
F80.2	Trastorno del lenguaje
F80.81	Trastorno de la fluidez que comienza en la infancia (tartamudez)
F80.82	Trastorno de la comunicación social (pragmática)
F80.9	Trastorno de comunicación no especificado
F81.0	Trastorno específico del aprendizaje, con deterioro de la lectura.
F81.2	Trastorno específico del aprendizaje, con deterioro en matemáticas.
F81.81	Trastorno específico del aprendizaje, Con deterioro de la expresión escrita.

Machine Translated by Google

F82	Trastorno del desarrollo de la coordinación
F84.0	Desorden del espectro autista
F88	Retraso en el desarrollo global
F88	Otro trastorno del neurodesarrollo especificado
F89	Trastorno del neurodesarrollo no especificado
F90.0	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, presentación predominantemente inatenta
F90.1	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva
F90.2	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, Presentación combinada
F90.8	Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado
F90.9	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado
F91.1	Trastorno de conducta, tipo de inicio en la infancia
F91.2	Trastorno de conducta, tipo de inicio en la adolescencia
F91.3	Trastorno de oposición desafiante
F91.8	Otros trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta especificados
F91.9	Trastorno de conducta, inicio no especificado
F91.9	Trastorno disruptivo, de control de impulsos y de conducta no especificado
F93.0	Trastorno de ansiedad por separación
F94.0	Mutismo selectivo
F94.1	Trastorno reactivo de la vinculación
F94.2	Trastorno de compromiso social desinhibido
F95.0	Trastorno de tic provisional
F95.1	Trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos)
F95.2	Trastorno de Tourette
F95.8	Otro trastorno de tic especificado
F95.9	Trastorno de tics no especificado
F98.0	Enuresis
F98.1	encopresis
F98.21	Trastorno de rumiación
F98.3	Pica, en niños

F98.4	Trastorno de movimientos estereotipados
F98.5	Trastorno de fluidez de inicio en la edad adulta
F99	Otro trastorno mental especificado
F99	Trastorno mental no especificado
G21.0	Síndrome neuroléptico maligno
G21.11	Parkinsonismo inducido por medicamentos antipsicóticos y otros agentes bloqueadores de los receptores de dopamina
G21.19	Otro parkinsonismo inducido por medicamentos
G24.01	discinesia tardía
G24.02	Distonía aguda inducida por medicamentos
G24.09	distonía tardía
G25.1	Temblor postural inducido por medicamentos
G25.71	Acatisia aguda inducida por medicamentos
G25.71	Acatisia tardía
G25.79	Otro trastorno del movimiento inducido por medicamentos

Machine Translated by Google

G25.81	Síndrome de piernas inquietas
G31.84	Trastorno neurocognitivo frontotemporal leve
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a otra afección médica
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la infección por VIH
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Huntington
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve con cuerpos de Lewy
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a múltiples etiologías
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Parkinson
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a enfermedad priónica
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a una lesión cerebral traumática
G31.84	Trastorno neurocognitivo vascular leve
G47.00	Trastorno de insomnio no especificado
G47.09	Otro trastorno de insomnio especificado
G47.10	Trastorno de hipersomnolencia no especificado
G47.19	Otro trastorno de hipersomnolencia especificado
G47.20	Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia, tipo no especificado
G47.21	Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia, tipo fase de sueño retrasada
G47.22	Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia, tipo fase avanzada del sueño
G47.23	Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia, tipo irregular sueño-vigilia
G47.24	Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia, tipo sueño-vigilia fuera de las 24 horas
G47.26	Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia, tipo de trabajo por turnos
G47.31	Apnea central del sueño, Apnea central del sueño idiopática
G47.33	Apnea hipopnea obstructiva del sueño
G47.34	Hipoventilación relacionada con el sueño, hipoventilación idiopática
G47.35	Hipoventilación relacionada con el sueño, hipoventilación alveolar central congénita
G47.36	Hipoventilación relacionada con el sueño, Hipoventilación relacionada con el sueño comórbida
G47.37	Apnea central del sueño comórbida con el uso de opioides
G47.411	Narcolepsia con cataplexia o deficiencia de hipocretina (tipo 1)

G47.419	Narcolepsia sin cataplexia y sin deficiencia de hipocretina o hipocretina no medida (tipo 2)
G47.421	Narcolepsia con cataplexia o deficiencia de hipocretina debido a una condición médica.
G47.429	Narcolepsia sin cataplexia y sin deficiencia de hipocretina debido a una condición médica.
G47.52	Trastorno de conducta del sueño con movimientos oculares rápidos
G47.8	Otro trastorno del sueño-vigilia especificado
G47.9	Trastorno de sueño-vigilia no especificado
N39.498	Otro trastorno de eliminación especificado, con síntomas urinarios.
R06.3	Apnea central del sueño, respiración de Cheyne-Stokes
R15.9	Otro trastorno de eliminación especificado, con síntomas fecales.
R15.9	Trastorno de eliminación no especificado, con síntomas fecales.
R32	Trastorno de eliminación no especificado, con síntomas urinarios.
R41.0	Otro delirio especificado
R41.0	Delirio no especificado
$41.81	Deterioro cognitivo relacionado con la edad

Machine Translated by Google

$41.83	Funcionamiento intelectual límite
R41.9	Trastorno neurocognitivo no especificado
$45.88	Autolesiones no suicidas actuales
	Comportamiento suicida actual
T14.91A	Encuentro inicial
T14.91D	Encuentro posterior
T43.205A	Síndrome de discontinuación de antidepresivos, encuentro inicial
T43.205D	Síndrome de discontinuación de antidepresivos, Contacto posterior
T43.205S	Síndrome de discontinuación de antidepresivos, Secuelas
T50.905A	Otro efecto adverso de la medicación, encuentro inicial
T50.905D	Otro efecto adverso de la medicación, Contacto posterior
T50.905S	Otros efectos adversos de la medicación, Secuelas
T74.01XA	Negligencia del cónyuge o pareja, Confirmado, Encuentro inicial
T74.01XD	Negligencia del cónyuge o pareja, Confirmada, Encuentro posterior
T74.02XA	Abandono infantil, Confirmado, Encuentro inicial
T74.02XD	Abandono infantil, Confirmado, Encuentro posterior
T74.11XA	Abuso físico de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o su pareja, Confirmado, Encuentro inicial
T74.11XA	Violencia conyugal o de pareja, Física, Confirmada, Encuentro inicial
T74.11XD	Abuso físico de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge ni su pareja, confirmado, encuentro posterior
T74.11XD	Violencia conyugal o de pareja, Física, Confirmada, Encuentro posterior
T74.12XA	Abuso físico infantil, Confirmado, Encuentro inicial
T74.12XD	Abuso físico infantil, Confirmado, Encuentro posterior
T74.21XA	Abuso sexual de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o su pareja, Confirmado, Encuentro inicial
T74.21XA	Violencia conyugal o de pareja, Sexual, Confirmada, Encuentro inicial
T74.21XD	Abuso sexual de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge ni su pareja, confirmado, encuentro posterior

T74.21XD	Violencia conyugal o de pareja, Sexual, Confirmada, Encuentro posterior
T74.22XA	Abuso sexual infantil, Confirmado, Encuentro inicial
T74.22XD	Abuso sexual infantil, Confirmado, Encuentro posterior
T74.31XA	Abuso psicológico de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge ni su pareja, Confirmado, Encuentro inicial
T74.31XA	Maltrato de cónyuge o pareja, Psicológico, Confirmado, Encuentro inicial
T74.31XD	Abuso psicológico de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o su pareja, Confirmado, Encuentro posterior
T74.31XD	Maltrato de cónyuge o pareja, Psicológico, Confirmado, Encuentro posterior
T74.32XA	Maltrato psicológico infantil, Confirmado, Encuentro inicial
T74.32XD	Maltrato psicológico infantil, Confirmado, Encuentro posterior
T76.01XA	Negligencia del cónyuge o pareja, Sospecha, Encuentro inicial
T76.01XD	Negligencia del cónyuge o pareja, Sospecha, Encuentro posterior
T76.02XA	Abandono infantil, Sospecha, Encuentro inicial
T76.02XD	Abandono infantil, Sospecha, Encuentro posterior
T76.11XA	Abuso físico de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge ni su pareja, Sospecha, Encuentro inicial
T76.11XA	Violencia conyugal o de pareja, Física, Sospecha, Encuentro inicial
T76.11XD	Abuso físico de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o su pareja, Sospecha, Encuentro posterior
T76.11XD	Violencia conyugal o de pareja, Física, Sospecha, Encuentro posterior

Machine Translated by Google

T76.12XA	Abuso físico infantil, Sospechoso, Encuentro inicial
T76.12XD	Abuso físico infantil, Sospecha, Encuentro posterior
T76.21XA	Abuso sexual de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge ni su pareja, Sospecha, Encuentro inicial
T76.21XA	Violencia conyugal o de pareja, Sexual, Sospecha, Encuentro inicial
T76.21XD	Abuso sexual de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge ni su pareja, sospecha, encuentro posterior
T76.21XD	Violencia conyugal o de pareja, Sexual, Sospecha, Encuentro posterior
T76.22XA	Abuso sexual infantil, Sospechoso, Encuentro inicial
T76.22XD	Abuso sexual infantil, Sospecha, Encuentro posterior
T76.31XA	Abuso psicológico de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge ni su pareja, Sospecha, Encuentro inicial
T76.31XA	Abuso de cónyuge o pareja, Psicológico, Sospecha, Encuentro inicial
T76.31XD	Abuso psicológico de adultos por parte de alguien que no es su cónyuge o su pareja, Sospecha, Encuentro posterior
T76.31XD	Abuso de cónyuge o pareja, Psicológico, Sospecha, Encuentro posterior
T76.32XA	Abuso psicológico infantil, Sospecha, Encuentro inicial
T76.32XD	Abuso psicológico infantil, Sospecha, Encuentro posterior
Z03.89	Sin diagnóstico ni condición
Z31.5	Asesoramiento genetico
Z55.0	Analfabetismo y alfabetización de bajo nivel
Z55.1	Escolarización no disponible e inalcanzable
Z55.2	Exámenes escolares reprobados
Z55.3	Bajo rendimiento escolar
Z55.4	Desadaptación educativa y discordia con profesores y compañeros
Z55.8	Problemas relacionados con una enseñanza inadecuada

Z55.9	Otros problemas relacionados con la educación y la alfabetización
Z56.0	Desempleo
Z56.1	cambio de trabajo
Z56.2	Amenaza de pérdida de empleo
Z56.3	Horario de trabajo estresante
Z56.4	Discordia con jefe y compañeros de trabajo
Z56.5	Ambiente de trabajo poco agradable
Z56.6	Otras tensiones físicas y mentales relacionadas con el trabajo.
Z56.81	Acoso sexual en el trabajo
Z56.82	Problema relacionado con el estado actual del despliegue militar.
Z56.9	Otro problema relacionado con el empleo
Z58.6	Falta de agua potable
Z59.01	Personas sin hogar protegidas
Z59.02	Personas sin hogar sin refugio
Z59.1	Vivienda inadecuada
Z59.2	Discordia con el vecino, el inquilino o el propietario
Z59.3	Problema relacionado con vivir en una institución residencial.
Z59.41	Inseguridad alimentaria
Z59.5	Pobreza extrema
Z59.6	De bajos ingresos
Z59.7	Seguro social o de salud o apoyo social insuficiente

Machine Translated by Google

Z59.9	Otro problema económico
Z59.9	Otro problema de vivienda
Z60.0	Problema de fase de la vida.
Z60.2	Problema relacionado con vivir solo
Z60.3	Dificultad de aculturación
Z60.4	Exclusión o rechazo social
Z60.5	Blanco de discriminación o persecución adversa (percibida)
Z60.9	Otro problema relacionado con el entorno social.
Z62.29	Crianza lejos de los padres
Z62.810	Historia personal (historia pasada) de abuso físico en la infancia.
Z62.810	Historia personal (historia pasada) de abuso sexual en la infancia.
Z62.811	Historia personal (historia pasada) de abuso psicológico en la infancia.
Z62.812	Historia personal (historia pasada) de negligencia en la infancia.
Z62.820	Problema relacional entre padres e hijos, Padre-hijo biológico
Z62.821	Problema relacional entre padres e hijos, Padre-hijo adoptado
Z62.822	Problema relacional entre padres e hijos, padres e hijos de crianza
Z62.891	Problema relacional entre hermanos
Z62.898	Niño afectado por angustia en la relación parental
Z62.898	Problema relacional entre padres e hijos, Otro cuidador-niño
Z63.0	Problemas de relación con el cónyuge o pareja íntima
Z63.4	Duelo sin complicaciones
Z63.5	Desintegración de la familia por separación o divorcio
Z63.8	Alto nivel de emoción expresada dentro de la familia.

Z64.0	Problemas relacionados con el embarazo no deseado
Z64.1	Problemas relacionados con la multiparidad
Z64.4	Discordia con el proveedor de servicios sociales, incluido el oficial de libertad condicional, el administrador de casos o los servicios sociales obrero
Z65.0	Condena en proceso civil o penal sin prisión
Z65.1	Encarcelamiento u otro tipo de encarcelamiento
Z65.2	Problemas relacionados con la liberación de prisión
Z65.3	Problemas relacionados con otras circunstancias legales
Z65.4	Víctima del crimen
Z65.4	Víctima de terrorismo o tortura.
Z65.5	Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades.
Z65.8	Problema religioso o espiritual.
Z69.010	Encuentro de servicios de salud mental para víctima de negligencia infantil por parte de sus padres
Z69.010	Contacto con servicios de salud mental para víctima de abuso físico infantil por parte de sus padres
Z69.010	Encuentro por servicios de salud mental para víctima de maltrato psicológico infantil por parte de sus padres
Z69.010	Encuentro para servicios de salud mental para víctima de abuso sexual infantil por parte de sus padres
Z69.011	Encuentro para servicios de salud mental para perpetrador de negligencia infantil parental
Z69.011	Encuentro para servicios de salud mental para perpetrador de abuso físico infantil por parte de padres
Z69.011	Encuentro por servicios de salud mental para agresor de maltrato psicológico infantil parental
Z69.011	Encuentro para servicios de salud mental para perpetrador de abuso sexual infantil parental
Z69.020	Encuentro de servicios de salud mental para víctima de negligencia infantil no parental

Machine Translated by Google

Z69.020	Encuentro con servicios de salud mental para víctima de abuso físico infantil no parental
Z69.020	Encuentro por servicios de salud mental para víctima de maltrato psicológico infantil no parental
Z69.020	Encuentro para servicios de salud mental para víctima de abuso sexual infantil no parental
Z69.021	Encuentro con servicios de salud mental para perpetrador de negligencia infantil no parental
Z69.021	Encuentro con servicios de salud mental para perpetrador de abuso físico infantil no parental
Z69.021	Encuentro para servicios de salud mental para perpetrador de abuso psicológico infantil no parental
Z69.021	Encuentro con servicios de salud mental para perpetrador de abuso sexual infantil no parental
Z69.11	Contacto con servicios de salud mental para víctima de negligencia de cónyuge o pareja
Z69.11	Contacto con servicios de salud mental para víctima de maltrato psicológico de cónyuge o pareja
Z69.11	Contacto para servicios de salud mental para víctima de violencia conyugal o de pareja, Física

Z69.12	Contacto con servicios de salud mental para perpetrador de negligencia de cónyuge o pareja
Z69.12	Contacto para servicios de salud mental para perpetrador de maltrato psicológico de cónyuge o pareja
Z69.12	Contacto para servicios de salud mental para perpetrador de violencia conyugal o de pareja, Física
Z69.12	Contacto para servicios de salud mental para perpetrador de violencia conyugal o de pareja, Sexual
Z69.81	Contacto con servicios de salud mental para víctimas de abuso de adultos fuera del cónyuge o de la pareja
Z69.81	Contacto para servicios de salud mental para víctima de violencia conyugal o de pareja, Sexual
Z69.82	Contacto con servicios de salud mental para un perpetrador de abuso de adultos que no sea su cónyuge o su pareja
Z70.9	asesoramiento sexual
Z71.3	Asesoramiento dietético
Z71.9	Otro asesoramiento o consulta
Z72.0	Trastorno por consumo de tabaco, leve
Z72.810	Comportamiento antisocial infantil o adolescente
Z72.811	Comportamiento antisocial adulto
Z72.9	Problema relacionado con el estilo de vida.
Z75.3	Indisponibilidad o inaccesibilidad de establecimientos de atención médica.
Z75.4	Falta de disponibilidad o inaccesibilidad de otras agencias de ayuda.
Z76.5	Proceso de enfermedad
Z91.19	Incumplimiento del tratamiento médico
Z91.410	Historia personal (historia pasada) de violencia conyugal o de pareja, Física
Z91.410	Historia personal (historia pasada) de violencia conyugal o de pareja, Sexual
Z91.411	Historia personal (historia pasada) de abuso psicológico del cónyuge o pareja
Z91.412	Historia personal (historia pasada) de negligencia del cónyuge o pareja
Z91.49	Historia personal de trauma psicológico.
Z91.51	Historia de conducta suicida.
Z91.52	Historia de autolesiones no suicidas
Z91.82	Historia personal de despliegue militar.
Z91.83	Deambulación asociada a un trastorno mental.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Asesores del DSM-5 y otros colaboradores

Junta Directiva de la APA Comités de revisión del DSM-5

Comité de Revisión Científica (SRC)

Kenneth S. Kendler, MD (Presidente)

Robert Freedman, MD (Copresidente)

Dan G. Blazer, MD, Ph.D., MPH

David Brent, Doctor en Medicina (2011–)

Ellen Leibenluft, MD

Sir Michael Rutter, Doctor en Medicina (–2011)

Paul S. Summergrad, MD

Dr. Robert J. Ursano (–2011)

Myrna Weissman, Ph.D. (2011–)

Joel Yager, MD

Jill L. Opalesky, MS (Soporte administrativo)

Comité de Revisión Clínica y de Salud Pública (CPHC)

John S. McIntyre, MD (Presidente)

Joel Yager, MD (Copresidente)

Anita Everett, MD

Cathryn A. Galanter, MD

Jeffrey M. Lyness, MD

James E. Nininger, MD

Víctor I. Reus, MD

Michael J. Vergare, MD

Ann Miller (soporte administrativo)

Comité de Supervisión

Carolyn Robinowitz, MD (Presidenta)

María Badaracco, MD

Ronald Burd, MD

Robert Freedman, MD

Jeffrey A. Lieberman, MD

Kyla Papa, MD

Víctor I. Reus, MD

Machine Translated by Google

Daniel K. Winstead, MD

Joel Yager, MD

Comité de Revisión del DSM-5 de la Asamblea de la

APA Glenn A. Martin, MD (Presidente)

R. Scott Benson, MD (Presidente de la Asamblea)

William Cardasis, MD

Dr. Juan M. de Figueiredo

Lawrence S. Gross, MD

Brian S. Hart, MD

Stephen A. McLeod Bryant, MD

Gregorio A. Miller, MD

Roger Peele, MD

Charles S. Precio, MD

Deepika Sastry, MD

John PD Shemo, MD

Eliot Sorel, MD

Grupo Cumbre DSM-5 Dilip

V. Jeste, MD (Presidente)

R. Scott Benson, MD

Kenneth S. Kendler, MD

Helena C. Kraemer, Ph.D.

David J. Kupfer, MD

Jeffrey A. Lieberman, MD

Glenn A. Martín, MD

John S. McIntyre, MD

John M. Oldham, MD

Roger Peele, MD

Darrel A. Regier, MD, MPH

James H. Scully Jr., MD

Joel Yager, MD

Paul S. Appelbaum, MD (Consultor)

Michael B. First, MD (Consultor)

Revisión de las pruebas de campo del DSM-5

Robert D. Gibbons, Ph.D.

Craig Nelson, MD

Revisión forense del DSM-5

Paul S. Appelbaum, MD

Machine Translated by Google

Lama Bazzi, MD
Alec W. Buchanan, MD, Ph.D.
Carissa Cabán Alemán, MD
Michael Campeón, MD
Jeffrey C. Eisen, MD
Elizabeth Ford, MD
Daniel T. Hackman, MD
Dr. Mark Hauser
Steven K. Hoge, MD, MBA
Debra A. Pinales, MD
Guillermo Portillo, MD
Patricia Recupero, MD, JD
Robert Weinstock, MD
Cheryl Wills, MD
Howard V. Zonana, MD

Personal anterior de la APA del DSM-5

Erin J. Dalder-Alpher
Kristin Edwards
Leah I. Engel
Lenna Jawdat
Elizabeth C. Martín
Rocío J. Salvador

Asesores de grupos de trabajo

TDAH y trastornos de conducta disruptiva Emil F.
Coccaro, MD
Déborah Dabrick, Ph.D.
Prudencia W. Fisher, Ph.D.
Benjamín B. Lahey, Ph.D.
Salvatore Mannuzza, Ph.D.
María Solanto, Ph.D.
J. Blake Turner, Ph.D.
Eric Youngstrom, Ph.D.

Ansiedad, espectro obsesivo-compulsivo, postraumático y disociativo
Trastornos

Lynn E. Alden, Ph.D.

Machine Translated by Google

David B. Arciniegas, MD
David H. Barlow, Ph.D.
Katja Beesdo-Baum, Ph.D.
Chris R. Brewin, Ph.D.
Richard J. Brown, Ph.D.
Timothy A. Brown, Ph.D.
Richard A. Bryant, Ph.D.
Joan M. Cook, Ph.D.
Joop de Jong, MD, Ph.D.
Paul F. Dell, Ph.D.
Dr. Damiaan Denys
Bruce P. Dohrenwend, Ph.D.
Brian A. Fallon, MD, MPH
Edna B. Foa, Ph.D.
Martín E. Franklin, Ph.D.
Wayne K. Goodman, MD
Jon E. Grant, JD, MD
Bonnie L. Verde, Ph.D.
Richard G. Heimberg, Ph.D.
Judith L. Herman, MD
Devon E. Hinton, MD, Ph.D.
Stefan G. Hofmann, Ph.D.
Charles W. Hoge, MD
Terence M. Keane, Ph.D.
Nancy J. Keuthen, Ph.D.
Dean G. Kilpatrick, Ph.D.
Katharina Kircanski, Ph.D.
Laurence J. Kirmayer, MD
Donald F. Klein, MD, D.Sc.
Amaro J. Laria, Ph.D.
Richard T. LeBeau, MA
Richard J. Loewenstein, MD
David Mataix-Cols, Ph.D.
Thomas W. McAllister, MD
Harrison G. Pope, MD, MPH
Ronald M. Rapee, Ph.D.
Dr. Steven A. Rasmussen
Patricia A. Resick, Ph.D.

Machine Translated by Google

Vedat Şar, MD
Sanjaya Saxena, MD
Paula P. Schnurr, Ph.D.
M. Katherine Shear, MD
Daphne Simeón, MD
Harvey S. Cantante, MD
Melinda A. Stanley, Ph.D.
James J. Strain, MD
Kate Wolitzky Taylor, Ph.D.
Onno van der Hart, Ph.D.
Eric Vermetten, MD, Ph.D.
John T. Walkup, MD
Sabine Wilhelm, Ph.D.
Douglas W. Woods, Ph.D.
Richard E. Zinbarg, Ph.D.
José Zohar, MD

Trastornos de la infancia y la adolescencia

Adrián Angold, Ph.D.
Déborah Beidel, Ph.D.
David Brent, MD
Juan Campo, MD
Gabrielle Carlson, MD
Prudencia W. Fisher, Ph.D.
David Klonsky, Ph.D.
Matthew Nock, Ph.D.
J. Blake Turner, Ph.D.

Trastornos de la
alimentación Michael J. Devlin, MD
Denise E. Wilfley, Ph.D.
Susan Z. Yanovski, MD

Trastornos del estado de ánimo

Boris Birmaher, MD
Yeates Conwell, MD
Ellen B. Dennehy, Ph.D.
S. Ann Hartlage, Ph.D.
Jack M. Hettema, MD, Ph.D.
Michael C. Neale, Ph.D.
Gordon B. Parker, MD, Ph.D., D.Sc.

Machine Translated by Google

Roy H. Perlis, MD, M.Sc.
Holly G. Prigerson, Ph.D.
Norman E. Rosenthal, MD
Peter J. Schmidt, MD

Mort M. Silverman, MD
Meir Steiner, MD, Ph.D.
Mauricio Tohen, MD, Dr.PH, MBA
Sidney Zisook, MD

Trastornos neurocognitivos
Jiska Cohen-Mansfield, Ph.D.
Vladimir Hachinski, MD, CM, D.Sc.
Sharon Inouye, MD, MPH
Grant Iverson, Ph.D.
Laura Marsh, MD
Bruce Miller, MD
Jacobo Mintzer, MD, MBA
Bruce G. Pollock, MD, Ph.D.
George Prigatano, Ph.D.
Ron Ruff, Ph.D.
Ingmar Skoog, MD, Ph.D.
Robert Sweet, MD
Paula Trzepacz, MD

Trastornos del neurodesarrollo
Ari Ne'eman
Nickola Nelson, Ph.D.
Diane Paul, Ph.D.
Eva Petrova, Ph.D.
Andrew Pickles, Ph.D.
Jan Piek, Ph.D.
Helene Polatajko, Ph.D.
Alya Reeve, MD
Mabel Rice, Ph.D.
Joseph Sargento, Ph.D.
Bennett Shaywitz, MD
Sally Shaywitz, MD
Audrey Thurm, Ph.D.

Machine Translated by Google

Keith Widaman, Ph.D.

Warren Zigman, Ph.D.

Personalidad y trastornos de la personalidad

Eran Chemerinski, MD

Thomas N. Crawford, Ph.D.

Harold W. Koenigsberg, MD

Kristian E. Markon, Ph.D.

Rebecca L. Shiner, Ph.D.

Kenneth R. Seda, MD

Jennifer L. Tackett, Ph.D.

David Watson, Ph.D.

Trastornos psicóticos

Kamaldeep Bhui, MD

Manuel J. Cuesta, MD, Ph.D.

Richard Douyon, MD

Paolo Fusar-Poli, Ph.D.

Dr. John H. Krystal

Thomas H. McGlashan, MD

Víctor Peralta, MD, Ph.D.

Anita Riecher-Rössler, MD

María V. Seeman, MD

Trastornos sexuales y de identidad de género

Stan E. Althof, Ph.D.

Richard Balón, MD

John HJ Bancroft, MD, MA, DPM

Howard E. Barbaree, Ph.D., MA

Rosemary J. Basson, MD

Sophie Bergeron, Ph.D.

Anita H. Clayton, MD

David L. Delmonico, Ph.D.

Domenico Di Ceglie, MD

Esther Gómez-Gil, MD

Jamison Green, Ph.D.

Richard Green, MD, JD

R. Karl Hanson, Ph.D.

Lawrence Hartmann, MD

Stephen J. Hucker, MB

Eric S. Janus, JD

Machine Translated by Google

Patrick M. Jern, Ph.D.
Megan S. Kaplan, Ph.D.
Raymond A. Caballero, Ph.D.
Ellen TM Laan, Ph.D.
Stephen B. Levine, MD
Christopher G. McMahon, MB
Marta Meana, Ph.D.
Michael H. Miner, Ph.D., MA
William T. O'Donohue, Ph.D.
Michael A. Perelman, Ph.D.
Caroline F. Pukall, Ph.D.
Robert E. Pyke, MD, Ph.D.
Vernon L. Quinsey, Ph.D., M.Sc.
David L. Rowland, Ph.D., MA
Michael Sand, Ph.D., Maestría en Salud Pública
Leslie R. Schover, Ph.D., MA
Paul Stern, BS, JD
David Thornton, Ph.D.
Leonore Tiefer, Ph.D.
Douglas E. Tucker, MD
Jacques van Lankveld, Ph.D.
Marcel D. Waldinger, MD, Ph.D.
Trastornos del sueño y la
vigilia Donald L. Bliwise, Ph.D.
Daniel J. Buysse, MD
Vishesh K. Kapur, MD, MPH
Sanjeeve V. Kothare, MD
Kenneth L. Lichstein, Ph.D.
Mark W. Mahowald, MD
Rachel Manber, Ph.D.
Emmanuel Mignot, MD, Ph.D.
Timothy H. Monk, Ph.D., D.Sc.
Thomas C. Neylan, MD
Maurice M. Ohayon, MD, D.Sc., Ph.D.
Judith Owens, MD, MPH
Daniel L. Picchietti, MD
Stuart F. Quan, MD
Thomas Roth, Ph.D.

Machine Translated by Google

Daniel Weintraub, MD

Teresa B. Young, Ph.D.

Phyllis C. Zee, MD, Ph.D.

Trastornos de síntomas somáticos

Brenda Bursch, Ph.D.

Dr. Kurt Kroenke

W. Curt LaFrance Jr., MD, MPH

Jon Stone, MB, Ch.B., Ph.D.

Lynn M. Wegner, MD

Trastornos relacionados con sustancias

Raymond F. Antón Jr., MD

Deborah A. Dawson, Ph.D.

Roland R. Griffiths, Ph.D.

Dorothy K. Hatsukami, Ph.D.

John E. Helzer, MD

Marilyn A. Huestis, Ph.D.

John R. Hughes, MD

Laura M. Juliano, Ph.D.

Thomas R. Kosten, MD

Nora D. Volkow, MD

Grupo de estudio del DSM-5 y otros asesores del grupo del DSM-5

Enfoques de desarrollo a lo largo de la vida

Christina Bryant, Ph.D.

Ámbar Gum, Ph.D.

Thomas Meeks, MD

Jan Mohlman, Ph.D.

Steven Thorp, Ph.D.

Julie Wetherell, Ph.D.

Cuestiones transculturales y de género

Neil K. Aggarwal, MD, MBA, MA

Sofie Bäärnhielm, MD, Ph.D.

José J. Bauermeister, Ph.D.

James Boehnlein, MD, M.Sc.

Jaswant Guzder, MD

Machine Translated by Google

Alejandro Interián, Ph.D.
Sushrut S. Jadhav, MBBS, MD, Ph.D.
Laurence J. Kirmayer, MD
Alex J. Kopelowicz, MD
Amaro J. Laria, Ph.D.
Steven R. López, Ph.D.
Kwame J. McKenzie, MD
John R. Peteet, MD
Hans (JGBM) Rohlof, MD
Cecile Rousseau, MD
Mitchell G. Weiss, MD, Ph.D.

Interfaz psiquiátrico/médico general Daniel
L. Coury, MD
Bernard P. Dreyer, MD
Danielle Laraque, MD
Lynn M. Wegner, MD

Deterioro y Discapacidad
Prudencia W. Fisher, Ph.D.
Martín Prince, MD, M.Sc.
Michael R. Von Korff, Sc.D.

Instrumentos de evaluación diagnóstica
Prudence W. Fisher, Ph.D.
Robert D. Gibbons, Ph.D.
Rubén Gur, Ph.D.
John E. Helzer, MD
John Houston, MD, Ph.D.
Dr. Kurt Kroenke

Otros contribuyentes/consultores

TDAH y trastornos de conducta disruptiva Patrick
E. Shrout, Ph.D.
Erik Willcutt, Ph.D.

Ansiedad, espectro obsesivo-compulsivo, postraumático y disociativo
Trastornos
Etzel Cardeña, Ph.D.
Richard J. Castillo, Ph.D.
Eric Hollander, MD

Machine Translated by Google

Charlie Marmar, MD
Alfonso Martínez-Taboas, Ph.D.
Mark W. Miller, Ph.D.
Mark H. Pollack, MD
Heidi S. Resnick, Ph.D.

Trastornos de la infancia y la adolescencia

Gracia T. Baranek, Ph.D.
Colleen Jacobson, Ph.D.
María Oquendo, MD
Dr. Michael Rutter

Trastornos de la
alimentación Nancy L. Zucker, Ph.D.

Trastornos del estado de ánimo

Keith Hawton, MD, Ph.D.
David A. Jobes, Ph.D.
María A. Oquendo, MD
Alan C. Swann, MD

Trastornos neurocognitivos J. Eric
Ahlskog, MD, Ph.D.
Allen J. Aksamit, MD
Marilyn Albert, Ph.D.
Guy McKhann, MD
Bradley Boeve, MD
Helena Chui, MD
Sureyya Dikmen, Ph.D.
Douglas Galasko, MD
Harvey Levin, Ph.D.
Mark Lovell, Ph.D.
Jeffery Max, MBBCh.
Ian McKeith, MD
Cynthia Munro, Ph.D.
Marlene Oscar-Berman, Ph.D.
Alexander Troster, Ph.D.

Trastornos del neurodesarrollo Anna
Barnett, Ph.D.

Machine Translated by Google

Martha Denckla, MD
Jack M. Fletcher, Ph.D.
Dido Verde, Ph.D.
Stephen Greenspan, Ph.D.
Bruce Pennington, Ph.D.
Ruth Shalev, MD
Larry B. Plata, MD
Lauren Swineford, Ph.D.
Michael Von Aster, MD

Personalidad y trastornos de la personalidad
Patricia R. Cohen, Ph.D.
Jaime L. Derringer, Ph.D.
Lauren Helm, MD
Christopher J. Patrick, Ph.D.
Antonio Pinto, Ph.D.

Trastornos psicóticos Scott
W. Woods, MD

Trastornos de identidad sexual y de género Alan
J. Riley, M.Sc.
Ray C. Rosen, Ph.D.

Trastornos del sueño y la
vigilia Jack D. Edinger, Ph.D.
David Gozal, MD
Hochang B. Lee, MD
Tore A. Nielsen, Ph.D.
Michael J. Sateia, MD
Jamie M. Zeitzer, Ph.D.

Trastornos de síntomas somáticos
Chuck V. Ford, MD
Patricia I. Rosebush, M.Sc.N., MD

Trastornos relacionados con sustancias
Sally M. Anderson, Ph.D.
Julie A. Kable, Ph.D.
Cristóbal Martín, Ph.D.
Sarah N. Mattson, Ph.D.
Edward V. Nunes Jr., MD
María J. O'Connor, Ph.D.

Machine Translated by Google

Heather Carmichael Olson, Ph.D.

Blair Paley, Ph.D.

Edward P. Riley, Ph.D.

Tulshi D. Saha, Ph.D.

Wim van den Brink, MD, Ph.D.

George E. Woody, MD

Espectros de diagnóstico y armonización DSM/ICD Bruce Cuthbert, Ph.D.

Enfoques de desarrollo a lo largo de la vida

Aartjan Beekman, Ph.D.

Alistair Flint

David Sultzer, MD

Ellen Whyte, MD

Cuestiones interculturales y de género

Sergio Aguilar-Gaxiola, MD, Ph.D.

Kavoos G. Bassiri, MS

Venkataramana Bhat, MD

Caldera Marit, MPH

Paul Brodwin, Ph.D.

Denise Canso, M.Sc.

Richard J. Castillo, Ph.D.

Smita N. Deshpande, MD, DPM

Ravi DeSilva, MD

Esperanza Díaz, MD

Byron J. Bueno, Ph.D.

Simon Groen

Peter J. Guarnaccia, Ph.D.

Devon E. Hinton, MD, Ph.D.

Ladson Hinton, MD

Lincoln I. Khasakhala, Ph.D.

Francisco G. Lu, MD

Athena Madan, MA

Anne W. Mbwayo, Ph.D.

Oanh Meyer, Ph.D.

Victoria N. Mutiso, Ph.D., D.Sc.

David M. Ndetei, MD

Andel V. Nicasio, MSEd.

Vasudeo Paralikar, MD, Ph.D.

Machine Translated by Google

Kanak Patil, Massachusetts, EE.UU.

Filipa I. Santos, HBSc.

Sanjeev B. Sarmukaddam, Ph.D., M.Sc.

Mónica Z. Scalco, MD, Ph.D.

Katie Thompson, MA

Hendry Ton, MD, M.Sc.

Rob CJ van Dijk, M.Sc.

William A. Vega, Ph.D.

Dr. Johann M. Vega-Dienstmaier

Sergio J. Villaseñor-Bayardo, MD, Ph.D.

Joseph Westermeyer, MD, Ph.D.

Interfaz psiquiátrico/médico general Daniel J.
Balog, MD

Charles C. Engel, MD, MPH

Charles D. Motsinger, MD

Deficiencia y Discapacidad Cille
Kennedy, Ph.D.

Instrumentos de evaluación diagnóstica Paul
J. Pikonis, Ph.D.

Otras afecciones que pueden ser un foco de atención clínica William E.
Narrow, MD, MPH, Presidente Roger Peele,
MD

Lawson R. Wulsin, MD

Charles H. Zeanah, MD

Prudence W. Fisher, Ph.D., asesora

Stanley N. Caroff, MD, colaborador/consultor James
B. Lohr, MD, colaborador/consultor Marianne
Wambolt, Ph.D., colaboradora/consultora

Grupo de Investigación
DSM-5 Allan Donner, Ph.D.

Revisores pares de CPHC

Kenneth Altshuler, MD

Pedro G. Alvarenga, MD

Diana J. Antonacci, MD

Machine Translated by Google

Richard Balón, MD
David H. Barlow, Ph.D.
L. Jarrett Barnhill, MD
Katja Beesdo-Baum, Ph.D.
Marty Boman, Ed.D.
James Bourgeois, MD
David Braff, MD
Harry Brandt, MD
Kirk Brower, MD
Rachel Bryant-Waugh, Ph.D.
Jack D. Burke Jr., MD, MPH
Brenda Bursch, Ph.D.
José Camilleri, MD
Patricia Casey, MD
F. Xavier Castellanos, MD
Eran Chemerinski, MD
Wai Chen, MD
Elie Cheniaux, MD, D.Sc.
Cheryl Chessick, MD
J. Richard Ciccone, MD
Anita H. Clayton, MD
Tihalia J. Coleman, Ph.D.
Dr. John Csernansky
Manuel J. Cuesta, MD, Ph.D.
Joanne L. Davis, MD
David L. Delmonico, Ph.D.
Ray J. DePaulo, MD
Dimitris Dikeos, MD
Ina E. Djonlagic, MD
C. Neill Epperson, MD
Javier I. Escobar, MD, M.Sc.
Spencer Eth, MD
David Fassler, MD
Giovanni A. Fava, MD
Robert Feinstein, MD
Molly Finnerty, MD
Mark H. Fleisher, MD
Alessio Florentini, MD

Machine Translated by Google

Laura Fochtmann, MD
Mariscal Forstein, MD
William French, MD
Maximiliano Gahr, MD
Cynthia Geppert, MD
Ann Germaine, Ph.D.
Marcia Goin, MD
David A. Gorelick, MD, Ph.D.
David Graeber, MD
Cynthia A. Graham, Ph.D.
Andreas Hartmann, MD
Victoria Hendrick, MD
Merrill Herman, MD
David Herzog, MD
Mardi Horowitz, MD
Ya-fen Huang, MD
Anthony Kales, MD
Niranjan S. Karnik, MD, Ph.D.
Jeffrey Katzman, MD
Bryan King, MD
Cecilia Kjellgren, MD
Harold W. Koenigsberg, MD
Richard B. Krueger, MD
Dr. Steven Lamberti
Ruth A. Lanius, MD
John Lauriello, MD
Antonio Lehman, MD
Michael Linden, MD
Mark W. Mahowald, MD
Marsha D. Marcus, Ph.D.
Stephen Marder, MD
Wendy Marsh, MD
Michael S. McCloskey, Ph.D.

Jeffrey Metzner, MD
Robert Michels, MD
Laura Miller, MD

Machine Translated by Google

Michael C. Miller, MD
Federico Moeller, MD
Peter T. Morgan, MD, Ph.D.
Madhav Muppa, MD
Philip Muskin, MD
Joachim Nitschke, MD
Abraham Nussbaum, MD
Ann Olincy, MD
Mark Onslow, Ph.D.
Sally Ozonoff, Ph.D.
John R. Peteet, MD
Ismene L. Petrakis, MD
Christophe M. Pfeiffer, MD
Karen Pierce, MD
Belinda Plattner, MD
Franklin Putnam, MD
Stuart F. Quan, MD
Dr. John Racy
Phillip Resnick, MD
Michele Riba, MD
Jerold Rosenbaum, MD
Esteban Ross, MD
Lawrence Scahill, MSN, Ph.D.
Daniel Schechter, MD
María V. Seeman, MD
Dr. Alessandro Serretti
Jianhua Shen, MD
Ravi Kumar R. Singareddy, MD
Ingmar Skoog, MD, Ph.D.
Gary Small, MD
Pablo Soloff, MD
Christina Stadler, MD, Ph.D.
Nada Stotland, MD
Neil Swerdlow, MD
Kim Tillery, Ph.D.
David Tolin, Ph.D.
Jayne Trachman, MD
Lucas Tsai, MD

Machine Translated by Google

Ming T. Tsuang, MD, Ph.D.
Richard Tuch, MD
Johan Verhulst, MD
B. Timothy Walsh, MD
Michael Weissberg, MD
Godehard Weniger, MD
Keith Widaman, Ph.D.
Thomas Wise, MD
George E. Woods, MD
Kimberly A. Yonkers, MD
Alejandro Young, MD

Ensayos de campo del DSM-5 en centros clínicos académicos: muestras de adultos

Facultad de Medicina David Geffen, Universidad de California, Los Ángeles

Investigadora
Helen Lavretsky, MD, investigadora principal

Remisión y entrevistas a médicos Jessica
Brommelhoff, Ph.D.
Xavier Cagigas, Ph.D.
Paul Cernin, Ph.D.
Linda Ercoli, Ph.D.
Randall Espinoza, MD
Helen Lavretsky, MD
Jeanne Kim, Ph.D.
David Merrill, MD
Karen Miller, Ph.D.
Christopher Núñez, Ph.D.

Coordinadores de Investigación

Natalie St. Cyr, MA, Coordinadora principal de
investigación Nora Nazarian, BA
Colin Shinn, MA

Centro para la Adicción y la Salud Mental, Toronto, Ontario, Canadá

Investigadores
Bruce G. Pollock, MD, Ph.D., investigador principal principal R.
Michael Bagby, Ph.D., investigador principal Kwame J.
McKenzie, MD, investigador principal

Machine Translated by Google

Tony P. George, MD, coinvestigador
Lena C. Quilty, Ph.D., coinvestigador
Peter Voore, MD, coinvestigador

Remisión y entrevistas a médicos Donna
E. Akman, Ph.D.
R. Michael Bagby, Ph.D.
Wayne CV Baici, MD
Crystal Baluyut, MD
Eva WC Chow, MD, JD, MPH
ZJ Daskalakis, MD, Ph.D.
Pablo Díaz-Hermosillo, MD
George Foussias, M.Sc., MD

Paul A. Frewen, Ph.D.
Ariel Graff-Guerrero, MD, M.Sc., Ph.D.
Margaret K. Hahn, MD
Lorena Hsu, Ph.D.
Justine José, Ph.D.
Sean Kidd, Ph.D.
Kwame J. McKenzie, MD
Mahesh Menon, Ph.D.
Romina Mizrahi, MD, Ph.D.
Daniel J. Mueller, MD, Ph.D.
Lena C. Quilty, Ph.D.
Anthony C. Ruocco, Ph.D.
Jorge Soni, MD
Aristóteles N. Voineskos, MD, Ph.D.
George Voineskos, MD
Peter Voore, Ph.D.
Chris Watson, Ph.D.

Médicos remitentes
Ofer Agid, MD
Ash Bender, MD
Patricia Cavanagh, MD
Sara Colman, MD
Vincenzo Deluca, MD
Justin Geagea, MD

Machine Translated by Google

David S. Goldbloom, MD

Daniel Greben, MD

Malati Gupta, MD

Ken Harrison, MD

Imraan Jeeva, MD

Joel Jeffries

Judith Laposa, Ph.D.

Jan Malat, MD

Shelley McMain, Ph.D.

Bruce G. Pollock, MD, Ph.D.

Andriy V. Samokhvalov, MD, Ph.D.

Martín Strassnig, MD

Albert HC Wong, MD, Ph.D.

Coordinadores de Investigación

Gloria I. Leo, MA, Coordinadora principal de

investigación Anissa D. Bachan, BA

Bahar Haji-Khamneh, MA

Olga Likhodi, M.Sc.

Eleanor J. Liu, Ph.D.

Sarah A. McGee Ng, BBA

Otro personal investigador

Susan E. Dickens, MA, Gerente de Investigación Clínica

Sandy Richards, B.Sc.N., Gerente de Investigación sobre Esquizofrenia

Centro médico Dallas VA, Dallas, Texas

Investigadores

Carol S. North, MD, MPE, investigadora principal Alina

Suris, Ph.D., ABPP, investigadora principal

Remisión y entrevistas a médicos Barry Ardolf,

Psy.D.

Abila Awan, MD

Joel Baskin, MD

John Black, Ph.D.

Jeffrey Dodds, Ph.D.

Gloria Emmett, Ph.D.

Karma Hudson, MD

Jamylah Jackson, Ph.D., ABPP

Lynda Kirkland-Culp, Ph.D., ABPP

Machine Translated by Google

Heidi Koehler, Ph.D., ABPP
Elizabeth Lewis, Psy.D.
Aashish Parikh, MD
Reed Robinson, Ph.D.
Jheel Shah, MD
Geetha Shivakumar, MD
Sarah España, Ph.D., ABPP
Lisa Thoman, Ph.D.
Lia Thomas, MD
Jamie Zabukovec, Psy.D.
Mustafa Zaidi, MD
Andrea Zartman, Ph.D.

Fuentes de referencia generales

Robert Blake
Evelyn Gibbs
Michelle King-Thompson, LMSW

Coordinadores de Investigación

Jeannie B. Whitman, Ph.D., coordinadora principal de investigación Sunday Adewuyi, MD
Elizabeth Anderson
Solaleh Azimipour
Carissa Barney
Kristie Cavazos
Robert Devereaux
Dana Downs, MS, RSU
Sharjeel Farooqui, MD
Julia Smith, Psy.D.
Kun-Ying H. Sung, BS

Facultad de Medicina, Universidad de Texas San Antonio, San Antonio, Texas

Investigador

Mauricio Tohen, MD, Dr.PH, MBA, Investigador Principal

Remisión y entrevistas a médicos Suman Baddam, Psy.D.
Charles L. Bowden, MD

Machine Translated by Google

Nancy Diazgranados, MD, MS
Craig A. Dike, Psy.D.
Dianne E. Dunn, Psy.D., MPH
Elena Gherman, MD
Jodi M. González, Ph.D.
Pablo González, MD
Phillip Lai, Psy.D.
Natalie Maples-Aguilar, MA, LPA
Marlon P. Quiñones, MD
Jeslina J. Raj, Psy.D.
David L. Roberts, Ph.D.
Nancy Sandusky, enfermera registrada, FPMHNP-BC, DNP-C.
Donna S. Stutes, MS, LPC
Mauricio Tohen, MD, Dr.PH, MBA
Amanecer I. Velligan, Ph.D.
Weiran Wu, MD, Ph.D.

Médicos remitentes
Albana Dassori, MD
Megan Frederick, MA
Roberto González, MD
Uma Kasinath, MD
Camis Milam, MD
Vivek Singh, MD
Peter Thompson, MD

Coordinadores de Investigación
Melissa Hernandez, BA, Coordinadora principal de investigación Fermín Alejandro Carrizales, BA
Martha Dahl
Patrick M. Smith, Licenciado en Letras
Nicole B. Watson, MA

Centro Médico Michael E. DeBakey VA y Clínica Menninger, Houston, Texas (sitio de estudio conjunto)

Centro médico Michael E. DeBakey VA

Investigadora
Laura Marsh, MD, investigadora principal

Remitir y entrevistar a médicos

Machine Translated by Google

Shalini Aggarwal, MD
Su Bailey, Ph.D.
Minnete (Helen) Beckner, Ph.D.
Cristal Clark, MD
Carlos DeJohn, MD
Roberto Garza, MD
Aruna Gottumakkla, MD
Janet Hickey, MD
James Irlanda, MD
María Lois Lacey
Wendy Leopoulos, MD
Laura Marsh, MD
Deleene Menefee, Ph.D.
Brian I. Miller, Ph.D.
Candy Smith, Ph.D.
Ávila Steele, Ph.D.
Jill Wanner, Ph.D.
Raquel Wells, Ph.D.
Kaki York-Ward, Ph.D.

Médicos remitentes Sara
Allison, MD
Leonard Denney
Catherine Flores
Nathalie Marie, MD
Cristóbal Martín, MD
Sanjay Mathew, MD
Erica Montgomery, MD
Gregory Scholl, Pensilvania
Jocelyn Ulanday, MD, MPH

Coordinadores de Investigación

Sarah Neely Torres, BS, coordinadora principal de
investigación Kathleen Grout, MA
Lea Kiefer
Jana Tran, MA

Asistentes de investigación voluntarios
Catalina Clark
Linh Hoang

Machine Translated by Google

Clínica Menninger

Investigador

Efraín Bleiberg, MD, Investigador Principal

Remisión y entrevistas a médicos Jennifer

Baumgardner, Ph.D.

Elizabeth Dodd Conaway, LCSW, BCD

Warren Christianson, DO

Wesley Clayton

J. Christopher Fowler, Ph.D.

Michael Groat, Ph.D.

Edythe Harvey, MD

Denise Kagan, Ph.D.

Hans Meyer

Segundo Robert-Ibarra, MD

Sandhya Trivedi, MD

Rebecca Wagner, Ph.D.

Harrell Woodson, Ph.D.

Amanda Yoder

Médicos remitentes

James Flack, MD

David Ness, MD

Coordinadores de Investigación

Steve Herrera, BS, MT, Coordinadora principal de

investigación Allison Kalpakci, BA

Clínica Mayo, Rochester, Minnesota

Investigadores

Mark A. Frye, MD, Investigador principal Glenn

E. Smith, Ph.D., Investigador principal Jeffrey P.

Staab, MD, MS, Investigador principal

Remisión y entrevista a médicos Osama

Abulseoud, MD

Jane Cerhan, Ph.D.

Julie campos, Ph.D.

Mark A. Frye, MD

Manuel Fuentes, MD

Machine Translated by Google

Yonas Geda, MD
María Harmandayan, MD
Reba King, MD
Simón Kung, MD
María Machuda, Ph.D.
Donald McAlpine, MD
Alastair McKean, MD
Juliana Moraes, MD
Teresa Rummans, MD
James R. Rundell, MD
Richard Seime, Ph.D.
Glenn E. Smith, Ph.D.
Christopher Sola
Jeffrey P. Staab, MD, MS
Marin Veldic, MD
Mark D. Williams, MD
Maya Yustis, Ph.D.

Coordinadores de Investigación

Lisa Seymour, BS, coordinadora principal de
investigación Scott Feeder, MS
Lee Gunderson
Sherrie Hanna, MA, LP
Kelly Harper
Katie Mingo
Cynthia Stoppel

Otro personal del estudio

Anna Frye
Andrea Hogan

Facultad de Medicina Perelman, Universidad de Pensilvania, Filadelfia, Pensilvania

Investigadores

Mahendra T. Bhati, MD, investigador principal
Marna S. Barrett, Ph.D., coinvestigador
Michael E. Thase, MD, coinvestigador

Remisión y entrevistas a médicos Peter B.
Bloom, MD
Nicole K. Chalmers, LCSW

Machine Translated by Google

Torrey A. Creed, Ph.D.
Mario Cristancho, MD
Amy Cunningham, Psy.D.
John P. Dennis, Ph.D.
Josefina Elia, MD
Peter Gariti, Ph.D., LCSW
Philip Gehrman, Ph.D.
Laurie Gray, MD
Emily AP Haigh, Ph.D.
Nora J. Johnson, MBA, MS, Psy.D.
Paulo Knapp, MD
Yong-Tong Li, MD
Bill Mace, Ph.D.
Kevin S. McCarthy, Ph.D.
Dimitri Perivoliotis, Ph.D.
Lucas Schultz, Ph.D.

Tracy Steen, Ph.D.
Chris Tjoa, MD
Nancy A. Wintering, LCSW

Médicos remitentes
Eleanor Ainslie, MD
Kelly C. Allison, Ph.D.
Rebecca Aspden, MD
Claudia F. Baldassano, MD
Vijayta Bansal, MD
Raquel A. Bennett, MD
Richard Bollinger, Ph.D.
Andrea Bowen, MD
Karla Campanella, MD
Antonio Carlino, MD
Noah Carroll
Alysia Cirona, MD
Samuel Collier, MD
Andreea Crauciuc
Pilar Cristancho, MD
Traci D'Almeida, MD

Machine Translated by Google

Kathleen Diller, MD
Benoit Dubé, MD
Jon Dukes, MSW
Lauren Elliott, MD
Mira Elwell
Mia Everett, MD
Lucy F. Faulconbridge, Ph.D.
Patricia Furlán, Ph.D.
Joanna Goldstein
Paul Grant, Ph.D.
Jillian Graves
Tamar Gur, MD, Ph.D.
Alisa Gutman, MD, Ph.D.
Nora Hymowitz, MD
Sofía Jensen, MD
Tiffany King, MSW
Katherine Levine, MD
Alicia Li, MD
Janet Light, LCSW
John Listerud, MD, Ph.D.
Emily Malcoun, Ph.D.
Donovan Maust, MD
Adam Meadows, MD
Michelle Moyer, MD
Rebecca Naugle
Cory Newman, Ph.D.
John Northrop, MD, Ph.D.
Elizabeth A. Ellis Ohr, Psy.D.
John O'Reardon, MD
Abraham Pachikara, MD
Andrea Perelman
Diana Pérez
Bianca Previdi, MD
J. Russell Ramsay, Ph.D.
Jorge Rivera-Colón, MD
Jan Smedley
Katie Struble, MSW
Aita Susi, MD

Machine Translated by Google

Yekaterina Tatarchuk, MD
Ellen Tarves, MA
Allison Tweedie, MD
Holly Valerio, MD
Thomas A. Wadden, Ph.D.
Joseph Wright, Ph.D.
Yan Xuan, MD
David Yusko, Psy.D.

Coordinadores de Investigación

Jordan A. Coello, BA, Coordinador principal de investigación Eric Wang, BSE

Asistentes de investigación voluntarios/pasantes

Jeannine Barker, MA, ATR
Jacqueline Baron
Kelsey Bogue
Alexandra Ciomek
Martekuor Dodoo, BA
Julián Dominico
Laura Heller
Leah Hull-Rawson, Licenciatura en Licenciatura
Jacquelyn Klehm
Cristina Lam
Dante Proetto
Molly Roy

Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford, Stanford, California Investigadores

Carl Feinstein, MD, Investigador principal Debra Safer, MD, Investigadora principal

Remisión y entrevistas a médicos Kari Berquist, Ph.D.
Eric Clausell, Ph.D.
Danielle Colborn, Ph.D.
Whitney Daniels, MD
Alison Darcy, Ph.D.
Krista Fielding, MD
Mina Fisher, MD

Machine Translated by Google

Kara Fitzpatrick, Ph.D.
Wendy Froehlich, MD
Gracia Gengoux, Ph.D.
Anna Cassandra Golding, Ph.D.
Lisa Groesz, Ph.D.
Kyle Hinman, MD
Rob Holaway, Ph.D.
Matthew Holve, MD
Rex Huang, MD
Nina Kirz, MD

Megan Klabunde, Ph.D.
John Leckie, Ph.D.
Naomi Leslie, MD
Adrianne Lona, MD
Ranvinder Rai, MD
Rebecca Rialón, Ph.D.
Beverly Rodríguez, MD, Ph.D.
Debra Safer, MD
María Sanders, Ph.D.
Jamie Scaletta, Ph.D.
Norah Simpson, Ph.D.
Manpreet Singh, MD
María-Christina Stewart, Ph.D.
Melissa Vallas, MD
Patrick Whalen, Ph.D.
Sanno Zack, Ph.D.

Médicos remitentes

Robin Apple, Ph.D.
Víctor Carrión, MD
Carl Feinstein, MD
Christine Gray, Ph.D.
Antonio Hardán, MD
Megan Jones, Psy.D.
Linda Lotspeich, MD
Lauren Mikula, Psy.D.
Calle Brandyn, Ph.D.

Machine Translated by Google

Violeta Tan, MD
Heather Taylor, Ph.D.
Jacob Towery, MD
Sharon Williams, Ph.D.

Coordinadores de Investigación

Kate Arnow, BA, coordinadora principal de investigación Nandini Datta, BS
Stephanie Manasse

Asistentes de investigación voluntarios/pasantes

Arianna Martín
Adriana Nevado

Hospital de Niños de Colorado, Aurora, Colorado

Investigadora

Marianne Wamboldt, MD, investigadora principal

Remisión y entrevista a médicos Galia Abadi, MD

Steven Behling, Ph.D.
Jamie Blume, Ph.D.
Adam Burstein, MD
Debbie Carter, MD
Kelly Caywood, Ph.D.
Meredith Chapman, MD
Paulette Christian
María Cook, MD
Antonio Cordaro, MD
Audrey Dumas, MD
Guido Frank, MD
Karen Frankel, Ph.D.
Darryl Graham, Ph.D.
Yael Granader, Ph.D.
Isabelle Guillemet, MD
Patrece Hairston, Ph.D.
Charles Harrison, Ph.D.
Tammy Herckner
Cassie Karlsson, MD
Kimberly Kelsay, MD
David Kieval, Ph.D.

Machine Translated by Google

Megan Klabunde, Ph.D.
Jaimelyn Kost
Harrison Levine, MD
Raven Lipmanson, MD
Susan Lurie, MD
Asa Marokus, MD
Idalia Massa, Ph.D.
Christine McDunn, Ph.D.
Scott McKay, MD
Marissa Murgolo
Alyssa Öland, Ph.D.
Lina Patel, Ph.D.
Rheena Pineda, Ph.D.
Gautam Rajendran, MD
Diane Reichmuth, Ph.D.
Michael Rollin, MD
Marlena Romero
Michelle Roy, Ph.D.
Celeste St. John-Larkin, MD
Elise Sannar, Ph.D.
Daniel Savin, MD
Claire Dean Sinclair, Ph.D.
Ashley Smith
Mindy Salomón, Ph.D.
Sally Tarbell, Ph.D.
Helen Thilly
Sara Tlustos-Carter, Ph.D.
Holly Vause, APPMHN
Marianne Wamboldt, MD
Ángela Ward
Jason Williams, Ph.D.
Jason Willoughby, Ph.D.
Brennan joven, Ph.D.

Médicos remitentes Kelly
Bhatnagar, Ph.D.
Jeffery Dolgan, Ph.D.
Jennifer Eichberg
Jennifer Hagman, MD

Machine Translated by Google

Hy Gia Park, MD
Tami Roblek, Ph.D.
Wendy Smith, Ph.D.
David Williams, MD

Coordinadores de Investigación

Laurie Burnside, HSH, CCRC, coordinadora principal de investigación
Darci Anderson, BA, CCRC
Heather Kennedy
Amanda Millar
Vanessa Waruinge
Elizabeth Wallace

Asistentes de investigación voluntarios/pasantes

Sabiduría Amouzou
ashley anderson
Michael Richards
Mateya Whyte

Centro médico Baystate, Springfield, Massachusetts

Investigadores

Bruce Waslick, MD, investigador principal Cheryl
Bonica, Ph.D., coinvestigador John Fanton,
MD, coinvestigador Barry Sarvet, MD,
coinvestigador

Remisión y entrevista a médicos Julie Bermant,
RN, MSN, NP
Cheryl Bonica, Ph.D.
Jodi Devine
William Fahey, Ph.D.
John Fanton, MD
Stéphane Jacobus, Ph.D.
Barry Sarvet, MD
Peter Thunfors, Ph.D.
Bruce Waslick, MD
Vicki Weld, LICSW

Machine Translated by Google

Sara Wiener
Shadi Zaghloul, MD
Médicos remitentes Sarah
Detenber, LICSW
Gordon Garrison, LICSW
Jacqueline Humpreys
Noreen McGirr
Sara Marcotte
Patricia Rogowski, enfermera registrada, CNS
Coordinadores de Investigación
Julie Kingsbury, CCRP, coordinadora principal de investigación
Brenda Martin, BA
Asistente de Investigación Voluntaria/Pasante
Liza Detenber

Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York, Nueva York, NY, Weill Cornell Medical College, Divisiones Payne Whitney y Westchester, Nueva York y White Plains, NY, y North Shore Child and Family Guidance Center, Roslyn Heights, NY (sitio de estudio conjunto)

Investigadora
Prudence W. Fisher, Ph.D., Investigadora principal
Coordinadores de Investigación
Julia K. Carmody, BA, coordinadora principal de investigación
Zvi R. Shapiro, BA, coordinadora principal de investigación
Voluntarios
Preeya Desai
Samantha Keller
Jeremy Litfin, MA
Sarah L. Pearlstein, Licenciada en Letras
Cedilla Sacher

Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York

Remisión y entrevista a médicos Michele Cohen,
LCSW
Eduvigis Cruz-Arrieta, Ph.D.
Miriam Ehrensaft, Ph.D.
Laurence Greenhill, MD

Machine Translated by Google

Schuyler Henderson, MD, MPH
Sharlene Jackson, Ph.D.
Lindsay Moskowitz, MD
Sweene C. Óscar, Ph.D.

Xenia Protopopescu, MD
James Rodríguez, Ph.D.
Gregorio Tau, MD
Melissa Tebbs
Carolina Vélez-Grau, LCSW
Khadijah Booth Watkins, MD

Médicos remitentes

George Alvarado, MD
Alison Baker, MD
Elena Barón, Psy.D.
Lincoln Bickford, MD, Ph.D.
Zachary Blumkin, Psy.D.
Colleen Cullen
Chyristianne DeAlmeida, Ph.D.
Mateo Ehrlich, MD
Eve Friedl, MD
Clare Gaskins, Ph.D.
Alice Greenfield
Liora Hoffman, MD
Kathleen Jung, MD
Karimi Mailutha, MD, MPH
Valentina Nikulina, Ph.D.
Tal Reis, Ph.D.
Moira A. Rynn, MD
Jasmine Sawhney, MD
Sarajbit Singh, MD
Katherine Stratigos, MD
Oliver Stroeh, MD
Russell Tobe, MD
Tumba de Meghan, Ph.D.
Michelle Tricamo, MD

Coordinadores de Investigación

Machine Translated by Google

Ángel A. Caraballo, MD
Erica M. Chin, Ph.D.
Daniel T. Chrzanowski, MD
Tess Dougherty, Licenciatura en Letras
Stephanie Hundt
Moira A. Rynn, MD
Deborah Stedge

Weill Cornell Medical College, divisiones Payne Whitney y Westchester

Remisión y entrevistas a médicos Archana
Basu, Ph.D.
Shannon M. Bennett, MD
María De Peña-Nowak, MD
Jill Feldman
Dennis Gee, MD
Jo R. Hariton, Ph.D.
Lakshmi P. Reddy, MD
Margaret Yoon, MD

Médicos remitentes
Margo Benjamin, MD
Vanessa Bobb, MD
Elizabeth Bochtler, MD
Katie Cueva, LCSW
Maalobeeka Gangopadhyay, MD
Jodi Gold, MD
Tejal Kaur, MD
Aaron Krasner, MD
Amy Miranda
Cynthia Pfeffer, MD
James Rebeta, Ph.D.
Sharon Skariah, MD
Jeremy Stone, Ph.D.
Dirk Winter, MD

Coordinadores de Investigación
Alex Eve Keller, BS, coordinadora principal de
investigación Nomi Bodner (voluntaria)
Barbara L. Flye, Ph.D.
Jamie S. Neiman (voluntario)

Machine Translated by Google

Rebecca L. Rendleman, MD

Centro de orientación infantil y familiar de North Shore

Remisión y entrevista a médicos Casye
Brachfeld-Launer, LCSW
Susan Klein Cohen, Ph.D.
Amy Gelb, LCSW-R.
Jodi Glasser
Elizabeth Goulding-Tag, LCSW
Deborah B. Kassimir, LCSW
Margo Posillico Messina, LCSW
Andrea Moullin-Heddle, LMSW
Lisa Pineda
Elissa Smilowitz

Médicos remitentes
Regina Barros-Rivera, LCSW-R. Subdirectora ejecutiva Maria
Christiansen, BS
Amy Davies-Hollander, LMSW
Eartha Hackett, MSEd., M.Sc., B.Sc.
Bruce Kaufstein, LCSW-R., Directora de Servicios Clínicos
Kathy Knaust, LCSW
John Levinson, LCSW-R., BCD
Andrew Maleckoff, LCSW, Director ejecutivo/CEO
Sarah Rosen, LCSW-R., ACSW
Abigail Rothenberg

Christine Scotten
Michelle Spatano, LCSW-R.
Diane Straneri, MS, RN, CS
Rosara Torrisi
Rob Vichnis

Coordinadores de Investigación

Toni Kolb-Papetti, LCSW
Sheena M. Dauro (voluntaria)

Estudio piloto de ensayos de campo del DSM-5, Institución Médica Johns Hopkins, Baltimore, Maryland

Machine Translated by Google

Muestra adulta

Programa Ambulatorio de Psiquiatría Comunitaria, Departamento de Psiquiatría y
Campus principal de ciencias del comportamiento

Investigadores
Bernadette Cullen, MB, B.Ch., BAO, Investigadora principal
Holly C. Wilcox, Ph.D., Investigadora principal

Remisión y entrevista a médicos Bernadette
Cullen, MB, B.Ch., BAO
Shane Grant, LCSW-C.
Charee Green, LCPC
Emily Lorensen, LCSW-C.
Kathleen Malloy
Gary Pilarchik, LCSW-C.
Holly Slater, LCPC
Dr. Stanislav Spivak
Tarcia Spencer Turner
Nicholas Seldes Windt, LCSW-C.

Coordinadores de Investigación

Mellisha McKitty, Licenciada en Letras
Alison recién llegada, MHS

Muestra pediátrica

Programa Ambulatorio de Niños y Adolescentes, Departamento de Psiquiatría y
Centro médico de ciencias del comportamiento Bayview

Investigadores
Joan P. Gerring, MD, investigadora principal
Leslie Miller, MD, investigadora principal
Holly C. Wilcox, Ph.D., coinvestigadora

Remisión y entrevista a médicos Shannon
Barnett, MD
Gwen Condon
Brijan Fellows, LCSW-C.
Heather Garner, LCSW-C.
Joan P. Gerring, MD
Ana Gonzaga, MD
Debra Jenkins, LCSW-C.
Paige N. Johnston, LCPC

Machine Translated by Google

Brenda Memel, DNP, enfermera registrada

Leslie Miller, MD

Ryan Moore, LCSW-C.

Shauna Reinblatt, MD

Monique Vardi

Coordinadores de Investigación

Mellisha McKitty, Licenciada en Letras

Alison recién llegada, MHS

Ensayos de campo del DSM-5 en entornos de práctica clínica habitual: colaboración Investigadores

Archil Abashidze, MD

Francisco R. Abueg, Ph.D.

Jennifer Louise Accuardi, MS

Balkozar S. Adam, MD

Miriam E. Adams, Sc.D., MSW, LICSW

Suzanna C. Adams, MA

Lawrence Adler, MD

Rownak Afroz, MD

Khalid I. Afzal, MD

Joseph Alimasuya, MD

Emily Allen

Katherine A. Allen, LMFT, MA

William D. Allen, MS

Jafar AlMashat, MD

Anthony T. Alonzo, DMFT

Guillermo Álvarez, BA, MA

Ángela Amoia-Lutz, LMFT

Krista A. Anderson, MA, LMFT

Lisa R. Anderson, M.Ed., LCPC

Pamela M. Anderson

Shannon N. Anderson, MA, LPC, NCC

Eric S. Andrews, MA

Vicki Arbuckle, MS, Enfermería (NP)

Namita K. Arora, MD

Darryl Arrington, MA

Machine Translated by Google

Bearlyn Y. Ash, MS
Wylie J. Bagley, Ph.D.
Kumar D. Bahl, MD
Deborah C. Bailey, MA, MS, Ph.D.
Carolyn Baird, DNP, MBA, RN-BC, CARN-AP, ICCDPD
Joelle Bangsund, MSW
María Baratta, MSW, Ph.D.
Stan Barnard, MSW
Deborah Barnes
Margaret L. Barnes, Ph.D.
David Barnum, Ph.D.
Raymond M. Baum, MD
Edward Wescott Beal, MD
Michelle Beaudoin, MA
Ernest E. Beckham, Ph.D.
Lori L. Beckwith, M.Ed.
Emmet Bellville, MA
Randall E. Bennett, MA
Lynn Benson, Ph.D.
Robert Scott Benson, MD
Linda Benton
Ditza D. Berger, Ph.D.
Luisa I. Bertman, Ph.D.
Robin Bieber, MS, LMFT
Diana M. Bigham, MA
David R. Blackburn, Ph.D.
Kelley Blackwell
Lancia Blatchley
Stacey L. Block, LMSW, ACSW
Karen J. Bloodworth, MS, NCC, LPC
Lester Bloomenstiel
Christine M. Azul, DO
Marina Bluvshtein, Ph.D.
Callie Gray Bobbitt, MSW, LCSW
Moisés L. Boone Jr., LMSW, BCD
Steffanie Boudreau-Thomas, MA-LPC
Jay L. Boulter, MA
Aaron Daniel Bourne

Machine Translated by Google

Helen F. Bowden, Ph.D.
Aryn Bowley-Safranek, BS, MS
Elizabeth Boyajian, Ph.D.
Beth K. Boyarsky, MD
Gail M. Boyd, Ph.D.
Jeffrey M. Brandler, Ed.S., CAS, SAP
Sandra L. Branton, Ed.D.
Karen J. Brocco-Kish, MD
Kristin Brooks, PMHNP
Ann Marie Brown, MSW
Philip Brown, MSW
Kellie Buckner, Ed.S.
Richard Bunt, MD
Neil F. Buono, D.Min.
Janice Bureau, RSU, LCSW
Kimlee Butterfield, MSW
Claudia Byrne, Ph.D.
Quinn Callicott, MSW, LCSW
Álvaro Camacho, MD, MPH
Sandra Cambra, Ph.D.
Heather Campbell, MA
Nancy Campbell, Ph.D., MSW
Karen Ranee Canadá, LMFT
José P. Cannavo, MD
Catherine F. Caporale, Ph.D.
Frederick Capps, Ph.D., MS
Rebecca J. Carney, MBA, MA, LMHC
Kelly J. Carroll, MSW
Richard W. Carroll, Ph.D., LPC, ACS
Sherry Casper, Ph.D.
Joseph A. Catania, LISWS, LCDC III Manisha
P. Cavendish, Ph.D.
Kenneth M. Certa, MD
Shambhavi Chandraiah, MD
Calvin Chatlos, MD
Daniel C. Chen, MD
Darlene Cheryl, MSW
Mateo R. Chirman, MS

Machine Translated by Google

Carole A. Chisholm, MSW
Shobha A. Chottera, MD
Joseph Logue Christenson, MD
Pamela Christy, Psy.D.
Sharon M. Freeman Clevenger, Ph.D., PMHCNS-BC
Mary Ann Cohen, MD
Mitchell J. Cohen, MD
Diego L. Coira, MD
Melinda A. Lawless Coker, Psy.D.
Carol Cole, MSW, LCSW
Caron Collins, MA, LMFT
Wanda Collins
Linda Cook Cason, MA
Ayanna Cooke-Chen, MD, Ph.D.
Heidi B. Cooperstein, DO
Ileana Corbelle
Kimberly Corbett, Psy.D.
Angelina Córdova, MAEd.
Jennifer Carol Cox
Sheree Cox, MA, RN, NCC, DCC, LMHC
William Frederick Cox, MD
Sally M. Cox, Maestría en Educación.
Debbie Herman Crane, MSW
Arthur Ray Crawford III, Ph.D.
Roula Creighton, MD
John R. Crossfield, LMHC

Sue Cutbirth, enfermera registrada, MSN, CS, PMHNP
Marco Antonio Cuyar
Rebecca Susan Daily, MD
Lori S. Danenberg, Ph.D.
Chan Dang-Vu, MD
Mary Hynes Danielak, Psy.D.
Cynthia A. Darby, M.Ed., Ed.S.
Douglas Darnall, Ph.D.
Christopher Davidson, MD
Doreen Davis, Ph.D., LCSW

Machine Translated by Google

Sandra Davis, Ph.D., LMHC, NCC
Walter Pitts Davis, M.Th.
Christian J. Dean, Ph.D.
Kent Dean, Ph.D.
Elizabeth Dear, MA
Shelby DeBause, MA
Rebecca B. DeLaney, MSSW, LCSW, BCD
John R. Delatorre, MA
Frank DeLaurentis, MD
Eric Denner
María Dennihan
Kenny Dennis, MA
Pamela L. Detrick, Ph.D., MS, FNP-BC, PMHNP-BC, RN-BC, CAP, GCAC
Robert Detrinis, MD
Daniel A. Deutschman, MD
Tania Díaz, Psy.D.
Sharon Dobbs, MSW, LCSW
David Doreau, M.Ed.
Gayle L. Dosher, MA
D'Ann Downey, Ph.D., MSW
Beth Doyle, MA
Amy J. Driskill, MS, LCMFT
Dr. James Drury
Brenda-Lee Duarte, M.Ed.
Shane E. Dulemba, MSN
Nancy RG Dunbar, MD
Cathy Duncan, MA
Rebecca S. Dunn, MSN, ARNP
Debbie Earnshaw, MA
Shawna Eddy-Kissell, MA
Momen El Nesr, MD
Jeffrey Bruce Elliott, Psy.D.
Leslie Ellis, Ph.D.
Donna M. Emfield, LCPC
Gretchen S. Enright, MD
John C. Espy, Ph.D.
Renuka Evani, MBBS, MD
Heather Evans, Maestría en Educación, LPCNCC

Machine Translated by Google

César A. Fabiani, MD
Fahim Fahim, MD
Samuel Fam, MD
Edward H. Fankhanel, Ph.D., Ed.D.
Tamara Farmer, MSN, ARNP
Farida Farzana, MD
Philip Fast, MS
Patricia Feltrup-Exum
Héctor J. Fernández-Barillas, Ph.D.
Julie Ferry, MSW, LICSW
Jane Fink, Ph.D., MSSA
Kathy Finkle
Steven Finlay, Ph.D.
Fuego Rik, RSU, LCSW
Ann Flood, Ph.D.
Jeanine Lee Foreman, MS
Thyra Fossum, Ph.D.
Karen S. Franklin, LICSW
Sherre K. Franklin, MA
Helen R. Frey, MA, ED
Michael L. Freytag, BS, MA
Beth Gagnon, MSW
Patrice LR Gallagher, Ph.D.
Angela J. Gallien, MA
Robert Gallo
Mario Galvarino, MD
Vladimir I. Gasca, MD
Josué Gates, Ph.D.
Antonio Gaudioso, Ph.D.
Michelle S. Gauthier, APRN, MSN, PMHNP-BC
Rachel E. Gearhart, LCSW
Stephen D. Gelfond, MD
Nancy S. Gerow, MS
Michael J. Gerson, Ph.D.
Susan MA Geyer
Lorrie Gfeller-Strouts, Ph.D.
Shubu Ghosh, MD
Richard Dorsey Gillespie, M.Div.

Machine Translated by Google

Stuart A. Gitlin
Jeannette E. Dado, Ph.D.
Frances Gizzi
Stephen I. Glicksman, Ph.D.
Marta Glisky, Ph.D.
Sonia Godbole, MD
Howard M. Goldfischer, Psy.D.
Mary Jane González-Huss, Ph.D.
Michael I. Bueno, MD
Dawn Goodman-Martin, MA-LMHC
Robert Gorkin, Ph.D., MD
Jeff Gorski, MSW
Linda O. Graf, M.Ed., LCPC
Ona Graham, Psy.D.
Aubrie M. Graves, LMSW, CASAC
Howard S. Green, MD
Karen Torry Green, MSW
Gary Greenberg, Ph.D.
Marjorie Greenhut, MA
James L. Greenstone, Ed.D., JD
Raymond A. Griffin, Ph.D.
José Grillo, Ph.D.
Janeane M. Grisez, AA, BA
Lawrence S. Gross, MD
Robert J. Gross, MD
Sally J. Grosscup, Ph.D.
Philip A. Grossi, MD

Gabrielle Guedet, Ph.D.
Nicholas Guenzel, BA, BS, MSN
María G. Hales, MA
Tara C. Haley, MS, LMFT
John D. Hall, MD
Amy Hammer, MSW
Michael S. Hanau, MD
Linda KW Hansen, MA, LP
Genevieve R. Hansler, MSW

Machine Translated by Google

María T. Harrington, LCSW
Lois Hartman
Steven Lee Hartsock, Ph.D., MSW
Victoria Ann Harwood, MSW, LCSW
Rossi A. Hassad, Ph.D., Maestría en Salud Pública
Erin V. Hatcher, MSN
Richard L. Hauger, MD
Kimberly M. Haverly, MA
Calentador Gale Eisner, MS, MFT
Katlin Hecox, MA
Brenda Heideman
Melinda Heinen, M.Sc.
Marie-Thérèse Heitkamp, MS
Melissa B. Held, MA
Jessica Hellings, MD
Bonnie Helmick-O'Brien, MA, LMFT
MaLinda T. Henderson, MSN, FPMHNP
Gwenn Herman, MSW
Martha W. Hernández, MSN, APRN, PMHCNS
Robin L. Hewitt, MS
Kenneth Hoffman, Ph.D.
Patricia E. Hogan, DO
Peggy Holcomb, Ph.D.
Garland H. Holloman Jr., MD
Kimberly Huegel, MSW, LCSW
Jason Hughes, LPC-S., NCC
Jennifer C. Hughes, Ph.D., MSW, LISW-S.
Michelle K. Humke, MA
Judith G. Hunt, LMFT
Tasneem Hussainee, MD
Sharlene J. Hutchinson, MSN
Muhammad Ikram, MD
Sunday Ilechukwu, MD, D.Psy. CLI.
Douglas H. Ingram, MD
Marilynn Irvine, Ph.D.
Marjorie Isaacs, Psy.D.
Raymond Isackila, Ed.S., PCC-S., LICDC
Mohammed A. Issa, MD

Machine Translated by Google

John L. Jankord, MA
Barbara P. Jannah, LCSW
C. Stuart Johnson, MS
Dawn M. Johnson, MA
Deanna V. Johnson, MS, APRN, BC
Eric C. Johnson
Joy Johnson, Ph.D., LCSW
Willard Johnson, Ph.D.
Xenia Johnson-Bhembe, MD
Vann S. Joines, Ph.D.
Margaret Jones, Psy.D.
Patricia Jorgenson
Steven M. José, MD
Taylere Joseph, MA
Jeanette M. Joyner-Craddock, MSSW
Melissa Kachapis
Charles T. Kaelber, MD
Aimee C. Kaempf, MD
Peter Andrew Kahn, MD
Robert P. Kahn-Rose, MD
Maher Karam-Hage, MD
Todd H. Kasdan, MD
Karen Kaufman, MS, LMFT
Rhesa Kaulia, MA, MFT
Debbie Lynn Kelly, MSN, PMHNP-BC
W. Stephen Kelly, Ph.D.
Selena Kennedy
Judith A. Kenney, MS, LPC
Mark Patrick Kerekes, MD
Alyse Kerr, MS, NCC, NADD-CC, LPC
Karen L. Kerschmann, LCSW
Marcia Kesner
Ashan Khan, Ph.D.
Shaukat Khan, MD
Audrey Khatchikian, Ph.D.
Laurie B. Kimmel, MSW
Jason H. King, Ph.D.
Nancy Leigh King, RSU, LCSW, LCAS

Machine Translated by Google

Kyle Kinne, MSC
Cassandra M. Klyman, MD
David R. Knapp, LCSW
Margaret Knerr
Michael R. Knox, Ph.D.
Carolyn Koblin
Valerie Kolbert, MS, ARNP-BC
Heather Koontz, MSW
Faye Koop, Ph.D., LCMFT
Fern M. Kopakin, MSW, LCSW
Joel Kotin, MD
Sharlene K. Kraemer
Marjorie Vego Krausz, MA, Ed.D.
Nancy J. Krell, MSW
Mindy E. Kronenberg, Ph.D.
Dwayne Kruse, MS, MFT
Ajay S. Kuchibhatla, MD
Shubha N. Kumar, MD
Helen H. Kyomen, MD, MS
Rebecca M. Lachut, M.Ed., Ed.S.
Alexis Lake
Ramaswamy Lakshmanan, MD
Brigitta Lalone, LCSW-R John
W. Lancaster, Ph.D.
Paciencia R. Tierra, LICSW, RSU, MPA
Ámbar Lange, MA, Ph.D.
Jeff K. Larsen, MA
Nathan E. Lavid, MD
Michelle Líder, Ph.D.
Stephen E. Lee, MD

Cathryn L. Leff, Ph.D., LMFT
Rachael Kollar Leombruno, LMFT
Arlene I. Lev, MSW, LCSW-R Gregory
K. Lewis, MA-LMFT
Jane Hart Lewis, MS
Melissa S. Lewis, MSW, LICSW

Machine Translated by Google

Norman Gerald Lewis, FRANZCP
Robin Joy Lewis, Ph.D.
Ryan Michael Ley, MD
Tammy R. Lias, MA
Russell F. Lim, MD
Jana Lincoln, MD
Ted Lindberg, LMSW, LMFT, RSU
Peggy Solow Liss, MSW
Andrea Loeb, Psy.D.
William David Lohr, MD
María L. Ludy, MA, LMHC, LMFT
Nathan Lundin, MA, LPC
Veena Luthra, MD
Patti Lyerly
Denise E. Maas, MA
Silvia MacAllister
Nicola MacCallum, MS, Terapia MFC Colin
N. MacKenzie, MD
Cynthia Mack-Ernsdorff, Ph.D.
John R. Madsen-Bibeau, MS, M.Div
Christopher J. Maglio, Ph.D.
Deepak Mahajan, MD
Debra Majewski
Harish Kumar Malhotra, MD
Pamela Marcus, enfermera registrada, maestría
María P. Marshall, Ph.D.
Flora Lynne Martin, MA, LPC, ADC
Robert S. Martín, MD
Jennifer L. Martínez, MS
Ninfa Martínez-Aguilar, MA, MFT
Emily Martinsen, MSW
Farhan A. Matin, MD
Janus Maybee
Karen Mazarin-Stanek, MA
Eben L. McClenahan, MD, MS
Jerlyn C. McCleod, MD
Susan E. McCue, MSW, LCSW
Kent D. McDonald, MS

Machine Translated by Google

Daniel McDonnell, MSN, PMH-NP
Robert McElhose, Ph.D.
Lisa D. McGrath, Ph.D.
Mark McGrosky, MSW
Katherine M. McKay, Ph.D.
Darren D. McKinnis, MSW
Mona McNelis-Broadley, RSU, LCSW
Rick McQuistion, Ph.D.
Susan Joy Mendelsohn, Psy.D.
Barbara S. Menninga, M.Ed.
Hindi Mermelstein, MD, FAPM
Rachel B. Michaelsen, MSW
Thomas F. Micka, MD
Tonya Miles, Psy.D.
Mateo Miller
Michael E. Miller, MD
Noel Miller, LMSW, MBA, MPS
Kalpana Miriyala, MD
Sandra Moenssens
Erin Mokhtar, MA
Robert E. Montgomery, M.Ed.
Susan Moon, MA
Teresa K. Luna, MD
David B. Moore, BA, M.Div., MSSW, Ph.D.
Joanne M. Moore, MS
Peter IM Moran, MBBCh.
Anna Moriarty, MPS, LPC, LMHC
Richard Dean Morris, MA
Michael M. Morrison, MA
Carlton E. Munson, Ph.D.
Timothy A. Murphy, MD
Beth L. Murphy, Psy.D.
Melissa A. Myers, MD
Stefan Nawab, MD
Allyson Matney Neal, DNP
Steven Nicholas, MA
Aurelian N. Niculescu, MD
Earl S. Nielsen, Ph.D.

Machine Translated by Google

Terry Oleson, Ph.D.
Julianne R. Oliver, BS, MS, Ph.D.
Robert O. Olsen, MD
Amy O'Neill, MD
Oscar H. Oo, Psy.D., ABPP
Laurie Orlando, JD, MA
Jill Osborne, MS, Ed.S.
Kimberly Overlie, MS
L. Kola Oyewumi, Ph.D.
Zachary J. Pacha, MSW
Suzette R. Papadakis, MS
Amanda C. Parsons, MA, LPCC
Lee R. Pate, Licenciatura en Letras, MA
Eric L. Patterson, LPC
Sherri Paulson, M.Ed., LSCW
Peter Dennis Pautz, Licenciado en Letras, MSW
Jeanette Pelton, LISW-SUPV
Malinda J. Perkins, MSW, LCSW
Eleanor F. Perlman, MSW
Deborah K. Perry, MSW
Amanda Peterman
Shawn Pflugardt, Psy.D.
Robert J. Dean Phillips, MS
Laura Pieper, MSW, LCSW
Lori D. Pink, MSW, BCD
Michael G. Pipich, MS, LMFT
Cynthia G. Pizzulli, MSW, Ph.D.
Kathy C. Puntos, MA
Marya E. Pollack, MD, MPH
Sanford E. Pomerantz, MD
Eva Ponder, MSW, Psy.D.
Ernesto Poortinga, MD
David Post, MD
Laura L. Post, MD, Ph.D., JD

Patrick W. Powell, Ed.D.
Beth M. Prewett, Psy.D.

Machine Translated by Google

Robert Price, DCC, M.Ed.
Dr. John Pruett
Aneita S. Radov, MA
Amanecer M. Raffa, Ph.D.
Kavitha Raja, MD
Ranjit Ram, MD
Mohamed Ibrahim Ramadán, MD, MS
Christopher S. Randolph, MD
Nancy Rappaport, M.Ed.
Dr. John Moir Rauenhorst
Laurel Jean Rebenstock
Edwin Renaud, Ph.D.
Heather J. Rhodes, MA
Jennifer S. Ritchie-Goodline, Psy.D.
Daniel G. Roberts, MA
Brenda Rohren, MA, MFS, LIMHP, LADC, MAC
Donna G. Rolin-Kenny, Ph.D., APRN, PMHCNS-BC
Sylvia E. Rosario, M.Ed.
Mindy S. Rosenbloom, MD
Harvey A. Rosenstock, MD
Thalía Ross
Fernando Rosso, MD
Barry H. Roth, MD
Thomas S. Rue, MA, LMHC
Elizabeth Ruegg
Diane Rullo, Ph.D.
Angie Rumaldo, Ph.D.
Eric Rutberg, MA, DHEd.
José A. Sabella, LMHC
Kemal Sagduyu, MD
Adam H. Saltz, MSW
Jennifer A. Samardak, LISW-S.
George R. Samuels, MA, MSW
Carmen Sanjurjo
John S. Saroyan, Ed.D.
Brigid Kathleen Sboto, MA, MFT
Lori Cluff Schade, MS
Joan E. Schaper, MSN

Machine Translated by Google

Rae J. Schilling, Ph.D.
Larry Schor, Ph.D.
Donna J. Schwartz, MSW, LICSW
Amy J. Schwarzenbart, PMH-CNS, BC, APNP
Dr. John V. Scialli
Chad Scott, Ph.D., LPCC
Sabine Vender, MFT
Minal Shah, NS, NCC, LPC
Lynn Shell
Dr. Dharmesh Navin Sheth
S. Christopher Shim, MD
Marta M. Shinn, Ph.D.
Andreas Sidiropoulos, MD, Ph.D.
Michael Siegell, MD
Michael G. Simonds, Psy.D.
Gagandeep Singh, MD
Melissa Rae Skrzypchak, MSSW, LCSW
Paula Slater, MD
William Bill Slaughter, MD, MA
Aki Smith, Ph.D.
Deborah L. Smith, Ed.M.
Diane E. Smith, MA, LMFT
James S. Sommer, MS
J. Richard Spatafora, MD
Judy Splittgerber, MSN, CS, NP
Thiruneermalai TG Sriram, MD
Martha W. St. John, MD
Sybil Stafford, Ph.D.
Timothy Stambaugh, MA
Laura A. Stamboni, MSW
Carol LR Stark, MD
Stephanie Steinman
Claudia M. Stevens, MSW
Jennifer Boyer Stevens, Psy.D.
Dominique Stevens-Young, MSW, LCSW
Kenneth Stewart, Ph.D.
Daniel Storch, MD
Suzanne Straebler

Machine Translated by Google

Dawn Stremel, MA, LMFT
Emel Stroup, Psy.D.
John W. Stump, MS, LMFT
Thomas G. Suk, MA
Elizabeth Sunzeri
Linnea Swanson, MA, Psy.D.
Patricia Swanson
Fereidoon Taghizadeh, MD
Bonnie L. Tardif, LMHC, NCC, BCPCC
Joan Tavares, MSW
Ann Taylor, MSW
Dawn O'Dwyer Taylor, Ph.D.
Chanel V. Tazza, LMHC
Martha H. Teater, MA
Clark D. Terrell, MD
Mark R. Thelen, Psy.D.
Norman E. Thibault, MS, Ph.D.
Tojuana L. Thomason, Ph.D.
Paula Thomson, Psy.D.
D. Chadwick Thompson, MA
Susan Thorne-Devin, AM
Jean Eva Thumm, MAPC, MAT, LMFT, BCC
James E. Tille, Ph.D., D.Min.
Jacalyn G. Tippey, Ph.D.
Saraswathi Tirumalasetty, MD
Jacqueline A. Torrance, MS
Terrence Trobaugh
Louisa V. Troemel, Psy.D., LMFT
Susan Ullman, MSW
Jennifer M. Underwood, MSW, LCSW
Rodney Dale Veldhuizen, MA
Michelle Voegels, BSN, MSN, BC
Wess Vogt, MD
R. Christopher Votolato, Psy.D.

John W. Waid, Ph.D.
Christa A. Wallis, MA

Machine Translated by Google

Dominique Walmsley, MA
Dr. Bhupinder Singh Waraich
Joseph Ward, NCC, LPCMed.
Robert Ward, MSW
Marilee LM Wasell, Ph.D.
Gannon J. Watts, LPC-S., LAC, NCC, NCSC, AADC, ICAADC
Sheila R. Webster, MA, MSSA
Burton Weiss, MD
Dennis V. Weiss, MD
Jonathan S. Weiss, MD
Richard Wendel, Ph.D.
Paul L. West, Ed.D.
Kris Sandra Wheatley, MA, LCPC, NCC
Leleigh White, Massachusetts, EE.UU.
Danny R. Whitehead, LICSW
Jean Whitinger, MA
Peter D. Wilk, MD
Vanessa Wilkinson
Tim F. Willia, MS, MAEd., LPC
Cathy E. Willis, MA, LMFT, CADC
Jeffery John Wilson, MD
Jacquie Wilson, M.Ed.
David D. Vinos, RSU
Barbara A. Wirebaugh, MSW
Daniel L. Wise, Ph.D.
Christina Wong, MSW, LCSW
Susanna Wood, RSU, LCSW
Linda L. Woodall, MD
Leoneen Woodard-Faust, MD
Sheryl E. Woodhouse, LMFT
Gregory J. Worthington, Psy.D.
Tanya Wozniak, MD
Kimberly Isaac Wright, MA
Peter Yamamoto, MD
María Ruiza Ang Yee, MD
Michael B. Zafrani, MD
Jafet E. González Zakarchenco, MD
John Zibert, Ph.D.

Machine Translated by Google

Karen Zilberstein, MSW
Cathi Zillmann, CPNP, central nuclear
Gerald A. Zimmerman, Ph.D.
Michele Zimmerman, MA, PMHCNS-BC
Judith A. Zink, MA

Equipo REDCap de la Universidad de Vanderbilt

Paul Harris, Ph.D.
Sudah Kashyap, BE
Brenda Menor
Jon Scherdin, MA
Rob Taylor, MA
Janey Wang

Machine Translated by Google

Índice

Los números de página impresos en negrita se refieren a las tablas.

Radiografías abdominales, y encopresis, 404
Abstinencia y consumo de tabaco, 650
Acceso, a la atención sanitaria, 190, 238, 354,
833
Accidentes TDAH
y, 73 Trastornos relacionados con el alcohol
y, 560, 562 Trastorno por consumo
de cannabis y, 581 Ritmo circadiano del sueño -trastornos de
la vigilia y, 446, 451 trastorno
de conducta y, 536 exposición
a inhalantes y, 605
narcolepsia y, 427 apnea hipopnea obstructiva del
sueño y, 433 trastorno por consumo de
fenciclidina y, 589 trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos
o ansiolíticos y, 625 acomodación y
TOC , 267 Estrés aculturativo y trastorno de estrés
postraumático en inmigrantes, 310 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
(SIDA), 718. Véase también VIH Disfunciones sexuales adquiridas, 477, 480,
486, 487, 491, 495, 503 Actigrafía y patrones de sueño-vigilia, 445 , 447, 448,
449, 451, 473 Actividades de
la vida diaria diferencias
culturales en, 88 disforia de
género y, 519 síndrome de piernas
inquietas y, 467 Acatisia
aguda, 816 Reacción distónica aguda (ADR), 812–813,
816 Trastorno de estrés agudo, 250, 312, 313–319, 321–322, 460, 678
Trastornos del funcionamiento adaptativo y del desarrollo intelectual, 42 Adicción
y trastorno del juego, 914. Véase también Adicciones conductuales Hipertrofia
adenoamigdalina, 432 Trastornos de
adaptación y diagnóstico diferencial
de síntomas psicológicos o conductuales anormales en respuesta a una afección médica, 365, 366 de trastorno
de ansiedad debido a otra afección médica, 261 de trastorno de
conducta, 537 de trastorno
depresivo debido a otra afección médica, 208-209 de trastorno de ansiedad
generalizada, 254 de enfermedad trastorno
de ansiedad, 359 de trastorno
explosivo intermitente, 526 de trastorno de
oposición desafiante, 525–526 de trastorno de
estrés
postraumático, 312 vías de administración de sustancias de
abuso, 540 adolescentes y adolescencia. Véase también Edad; Niños
TDAH y 71
trastorno por consumo de alcohol
y 556 trastorno dismórfico corporal y 273
trastorno límite de la personalidad y 755
trastornos relacionados con la cafeína y 570,
573 trastorno por consumo de
cannabis y 579 trastorno del ritmo circadiano sueño-
vigilia y 444 trastorno de compromiso social desinhibido y,
300 amnesia disociativa y, 339
enuresis y, 400
disforia de género y, 514–515

Machine Translated by Google

trastorno por uso de inhalantes y, 603–
604 trastorno de insomnio y,
413 narcolepsia y, 427
uso indebido de óxido nitroso
por, 654 TOC y,
268 trastorno de personalidad paranoide y,
739 trastorno disfórico premenstrual y, 198
trastorno de duelo prolongado y, 325
trastorno de ansiedad social y, 232
trastorno específico del aprendizaje y
82 trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos y 716
trastornos por uso de sustancias y
549 pensamientos y conductas suicidas en personas
transgénero, 518
trastornos de tics y 95 trastorno de adopción y compromiso social
desinhibido, 300 adultos (s). Véase
también Edad;
Adultos mayores con TDAH en 71, 73 trastorno del espectro autista y mal
funcionamiento psicosocial en
65–66 disforia de género y 514 trastorno
específico del
aprendizaje y 79, 82 trastornos de tics y 95 Adultos DSM-5 Autoevaluados Nivel 1
Transversal Medidas de síntomas, 844 Tipo de fase avanzada del sueño, del trastorno del ritmo circadiano del sueño-vigilia, 446–447

Experiencias infantiles adversas. Véase también Abuso infantil; Descuide
el trastorno bipolar I y 147 el
trastorno de ansiedad generalizada y 252
el trastorno depresivo mayor y 189 la
esquizofrenia y 118 la
inestabilidad afectiva y el trastorno límite de la personalidad, 754
psicosis afectiva y 139
afroamericanos. Véase también Raza; Racismo,
trastornos relacionados con el alcohol y, 556,
563 Enfermedad de Alzheimer en,
692, 693 consumo de cannabis y,
578, 580, 585
delirio en, 677 enuresis en
niños, 400 trastorno del juego en,
663, 664 dolor genitopélvico/trastorno de penetración
y , 497 trastorno explosivo intermitente y 528
trastorno depresivo mayor y 190
diagnósticos erróneos de trastorno del espectro autista en niños,
65 diagnósticos erróneos de esquizofrenia en 18, 119, 124,
147 narcolepsia y 426
trastornos neurocognitivos en 686, 724
apnea obstructiva del sueño y , 431
trastorno por consumo de
opioides en, 611 trastorno de
pánico y, 238, 239 trastorno de duelo
prolongado y, 326
trastorno de estrés postraumático y,
308, 310 trastorno de ansiedad social y, 232
trastornos relacionados con
estimulantes en, 636, 642 trastorno por consumo de tabaco en, 647 demencia vascular en, 705
Edad. Ver también Adolescentes; Adultos; Edad de inicio; Niños; Bebés; Adultos mayores
intoxicación por alcohol y, 563
enfermedad de Alzheimer y, 692

Machine Translated by Google

consumo de cannabis y,
578 eyaculación retardada y,
480 trastorno de coordinación del desarrollo y, 86
trastorno de compromiso social desinhibido y, 300
trastorno eréctil y, 483
trastorno de interés/excitación sexual femenina y, 490, 491
trastorno del juego y, 663
trastorno del lenguaje y, 48
masculino trastorno del deseo sexual hipoactivo y, 500
memoria y, 342–343
trastorno pedófilo y mínimo para el diagnóstico, 794
prevalencia de trastornos neurocognitivos por, 686
enuresis primaria y secundaria y, 400 trastorno
psicótico debido a otra condición médica y, 132 tasas de suicidio por,
190 trastorno de apego
reactivo y, 297 esquizofrenia y reducción
del volumen cerebral, 116 efectos secundarios de los
medicamentos y, 623–624 trastorno de la
comunicación social y, 55 trastorno específico
del aprendizaje y, 79, 81 trastorno de los
sonidos del habla y, 50–51 momento
del sueño y, 411 trastorno
voyeurista y mínimo para diagnóstico, 781, 782 Agencia. Ver
también Controlar
trastorno de despersonalización/desrealización y, 344
trastorno de identidad disociativo y, 331
Edad de inicio. Véase también
Edad del TDAH,
70 de agorafobia, 248
de trastorno por consumo de
alcohol, 556 de enfermedad de
Alzheimer, 692–693 de trastorno del
espectro autista, 63 de
trastorno bipolar I, 146 de
trastorno bipolar II, 155 de trastorno
psicótico breve, 110 de cannabis
trastorno por uso, 579 de trastorno de fluidez
de inicio en la infancia, 52 de trastorno del ritmo
circadiano sueño-vigilia, 444
de trastorno de conducta, 534 de
trastorno ciclotímico, 160 de trastorno de
despersonalización/desrealización, 344 de trastorno
de desregulación disruptiva del estado de ánimo, 179 de
trastorno de síntomas neurológicos
funcionales , 362 de trastorno de
ansiedad generalizada, 252 de
trastorno de hipersomnolencia, 419 de trastorno
de ansiedad por enfermedad, 358 de
trastorno del
desarrollo intelectual, 43 de trastorno depresivo mayor,
189 de narcolepsia, 425 de trastornos
neurocognitivos,
687, 692, 724, 727 de
auto- trastorno por
lesiones, 925 de
TOC, 267–268 de ataques de
pánico, 243 de trastorno de
pánico, 238 de piromanía, 538 de síndrome
de piernas inquietas, 466 de
trastorno de rumiación, 375 de trastorno esquizoafectivo, 123–124 de esquizofrenia, 117, 119 de separación trastorno de ansiedad, 219

Machine Translated by Google

de trastorno de masoquismo sexual, 789
de trastorno de ansiedad social, 231-232
de fobia específica, 227 de
trastornos de tics, 94
Agresión y comportamiento agresivo.
trastorno de conducta y, 533, 534, 535, 536
trastorno del desarrollo intelectual y, 43, 45

trastorno explosivo intermitente y, 182, 527–528, 529 narcolepsia y,
425 esquizofrenia y, 116
trastorno por uso de
sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y, 625 trastorno por uso de
estimulantes y, 635, 636
Agitación,
trastorno depresivo mayor y, 186 acatisia
aguda inducida por medicamentos y, 814 trastornos
neurocognitivos y, 684 trastorno bipolar y
relacionado inducido por sustancias/medicamentos y, 164
Agorafobia, 216, 220, 228, 233, 241, 246–250, 767 Acinesia y
parkinsonismo inducido por medicamentos, 809 Nativos de
Alaska, trastorno
por consumo de alcohol y 556
consumo de cannabis, 578
trastorno por consumo de estimulantes y
636, 638 trastorno por consumo de
alprazolam. , 547 Alcohol. Véase también Intoxicación por alcohol; Trastorno por consumo de alcohol; Abstinencia de alcohol; Síndrome de alcoholismo fetal; neuroconductual
trastorno asociado con la exposición prenatal al alcohol; Trastornos bipolares por
abuso de sustancias y 159
desmayos inducidos por, 456
insomnio y 417
trastornos del deseo sexual hipoactivo masculino y 500
trastornos depresivos inducidos por sustancias/medicamentos y 204
trastornos psicóticos inducidos por sustancias/medicamentos y 129
trastornos sexuales inducidos por sustancias/medicamentos. disfunción y, 507,
508 trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos y, 471,
473 trastornos mentales inducidos por el alcohol, 560–561, 564, 567–568, 716
intoxicación por alcohol, 560, 561–564, 614, 616, 628 alcohol
trastorno de consumo. Véase también Alcohol; Trastornos por uso de sustancias
trastorno bipolar I y, 148
comorbilidad y, 24, 387, 396, 541, 567 cuestiones
de diagnóstico relacionadas con la cultura,
558 desarrollo y evolución, 556–557
diagnóstico y características asociadas de, 555–556
criterios de diagnóstico para, 553–554
diferencial diagnóstico de, 560–561, 626
trastorno exhibicionista y, 785
cleptomanía y, 541
pruebas de laboratorio para, 558–
559 trastornos neurocognitivos y, 717
prevalencia de, 556
piromanía y, 538 factores
de riesgo y pronóstico, 557–558 sedantes,
hipnóticos o intoxicación ansiolítica y, 629 cuestiones de
diagnóstico relacionadas con el sexo y el género, 558
especificadores de,
555 pensamientos o conductas suicidas, 556, 559–560, 562, 563
discinesia tardía y, 615

Machine Translated by Google

lesión cerebral traumática y, 710
Abstinencia de alcohol, 555, 560–561, 564–567, 631 Trastornos
algolagnicos, 779 Alogia, 103,
119 Alopecia, 282,
283, 284 Medicamentos
agonistas alfa-adrenérgicos y narcolepsia, 424 Interferón alfa, y síntomas
maníacos o depresivos inducidos por medicamentos, 168 Alfa-metildopa, y trastorno depresivo inducido
por sustancias/medicamentos, 203 Prácticas curativas alternativas y factores psicológicos que afectan
las condiciones médicas, 366. Véase también Curanderos tradicionales Altitud y apnea central del sueño, 436 Alzheimer enfermedad. Ver también Trastorno
neurocognitivo mayor o leve debido a la
enfermedad de Alzheimer
edad de inicio, 687
afasia y, 697 códigos
de diagnóstico, 22 diagnóstico
diferencial de, 281, 678, 706 trastornos del
desarrollo intelectual y, 43 trastornos neurocognitivos y,
706, 726 amenorrea y trastornos alimentarios, 385,
389 Academia Estadounidense de Medicina del Sueño ,
409 Asociación Estadounidense sobre Discapacidades
Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD), 46 Indios Americanos. Véase también Nativos de Alaska; Nativos
americanos; Carrera; Racismo, consumo de cannabis y, 578 contexto cultural del trastorno de
pesadillas y, 459 apnea
obstructiva del sueño en, 431 trastorno de pánico y ataques
de pánico en, 237, 243 trastorno de
estrés postraumático en, 308 trastorno por uso de
estimulantes en,
636, 638 Asociación Estadounidense de
Psiquiatría (APA), y Proceso de revisión del DSM-5, 6-11 Amnesia. Véase también amnesia disociativa;
Amnesia generalizada; Amnesia postraumática debido a lesión cerebral, intoxicación por alcohol y, 562 trastorno de identidad disociativo
y, 332 trastorno facticio y, 337, 342
formas localizadas o generalizadas de, 329
trastornos convulsivos y, 342 trastorno
neurocognitivo mayor o leve inducido por
sustancias/medicamentos y, 714
traumático lesión cerebral y, 708 Síndrome de amotivación, y consumo de cannabis, 581

Trastornos
relacionados con anfetaminas y estimulantes,
635 trastornos psicóticos inducidos por sustancias/medicamentos y, 129
disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos y, 508 trastornos
del sueño inducidos por sustancias/medicamentos y, 472
Gases de nitrito de amilo, butilo o isobutilo, 603, 654
Pruebas diagnósticas basadas en amiloide, 694
Trastorno por uso de esteroides anabólicos, 547, 550
Analgesia y trastorno por consumo de opioides, 614
Disforia anatómica, 516
Anemia y anorexia nerviosa, 385
Ira,
trastorno límite de la personalidad y, 754, trastorno
de personalidad obsesivo-compulsivo y, 773, trastorno de oposición
desafiante y, 523, 525, trastorno de personalidad
paranoide y, 738
Angina y factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas, 366, 367
anhedonia
trastorno depresivo debido a otra condición médica y, 209

Machine Translated by Google

trastorno depresivo mayor y, 190
esquizofrenia y, 103
abstinencia de estimulantes y,
643 Acaparamiento de
animales, 279 Reacciones de aniversario y eventos
traumáticos, 335 Preferencias de
actividades anómalas, 778 Pruebas de manometría
anorrectal y encopresis, 404 Anorexia nerviosa, 373, 375,
379–380 , 381–387, 390 Anosognosia y
esquizofrenia, 116 “Otra afección médica”, uso del
término, 25–26 Antagonismo y rasgos de personalidad,
888, 893, 900 Antibióticos y trastorno de
excoriación, 286 Ansiedad anticipatoria y trastorno de
ansiedad social , 230 Antidepresivos, 158, 164, 165, 424, 507–508, 818–819. Véase también
Antidepresivos tricíclicos Síndrome de discontinuación de
antidepresivos, 818–819 Medicamentos antihipertensivos y trastorno depresivo inducido por
sustancias/medicamentos, 203 Encefalitis
anti-receptor NMDA, 167 Medicamentos antipsicóticos, 507, 508, 726, 807–810. Véase también Trastornos del
movimiento inducidos por
medicamentos Terapia antirretroviral,
719, 720 Comportamiento
antisocial,
codificación de, 835 Trastorno de
personalidad antisocial TDAH y,
73 trastorno por
consumo de alcohol y,
560, 561 trastorno por
consumo de cannabis y, 579 clasificación de,
537 comorbilidad
y, 752 conducta trastorno y, 534
cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura,
750–751 definición de, 733 desarrollo y
curso de, 750 diagnóstico y
características asociadas
de, 748–750, 883 criterios de
diagnóstico para, 748, 884–
885 diagnóstico diferencial de, 751–752
trastorno por
consumo de alcohol, 561 trastorno exhibicionista, 785 trastorno
frotteurista, 787 trastorno
explosivo
intermitente, 529 cleptomanía, 540 otros trastornos de
la personalidad, 741, 756, 759–
760, 763, 775 trastorno
pedófilo, 795 piromanía, 539 uso de
sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
trastorno, 626 trastorno
de sadismo sexual, 792 trastorno
voyeurista, 782
trastorno exhibicionista y, 785 trastorno
por uso de inhalantes y, 605 simulación y, 835
trastorno pedófilo y,
794 prevalencia de, 750 factores
de riesgo y pronóstico para, 750 diagnósticos relacionados
con el sexo y el género
problemas, 751 especificadores de, 885
trastorno por uso de estimulantes y 637 ansiedad. Ver también Trastornos de ansiedad;
Ansiedad angustia trastorno
de estrés agudo y, 318 síndrome de
psicosis atenuada y, 907 trastorno bipolar y relacionado debido a otra condición de medicación y definición aguda de miedo , 168 y, 215 trastorno de ansiedad gene

Machine Translated by Google

trastorno depresivo mayor y 189 trastornos
neurocognitivos y 712 trastorno de
síntomas somáticos y 356 trastorno por
uso de estimulantes y 635 trastorno
de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos y 257
abstinencia de tabaco y 650
trastorno(s) de ansiedad. Véase también agorafobia; Trastorno de ansiedad generalizada; Trastorno de pánico; Mutismo selectivo; Ansiedad de separación
trastorno; Desorden de ansiedad social; Fobia específica; Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
Trastorno del espectro autista y síntomas asociados con, 67 Comorbilidad
de, 159, 250, 271, 347, 364, 387, 392, 768, 771

diagnóstico diferencial de
TDAH, 74
síndrome de interrupción de antidepresivos, 819
trastorno por evitación/restricción de la ingesta de
alimentos, 379 trastorno de ansiedad debido a otra afección
médica, 260 trastornos
bipolares, 149 trastorno dismórfico
corporal, 276 trastorno por
consumo de cafeína, 913
trastornos depresivos, 182
trastorno de
ansiedad por enfermedad, 359
TOC, 270
trastornos de la personalidad, 737 trastorno de estrés
postraumático, 312 abstinencia de sedantes, hipnóticos o
ansiolíticos, 631 trastorno
de ansiedad inducido por
sustancias/medicamentos,
258 ataques de pánico y 241 características compartidas de, 215–216 uso de sustancias y 545
trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, 240–241, 245, 253, 258–261 Ansiolíticos y trastorno del sueño inducido por sustancias o
medicamentos, 472. Véase también Trastornos relacionados
con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos Ansiedad, como especificador, 169–170 , 210–
211 Afasia y trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o
leve, 697 Apatía y trastornos
neurocognitivos, 685, 696, 727 Apnea,
definición de, 430 Apolipoproteína E4 (APOE*E4), 693
Apariencia y trastorno histriónico de la personalidad, 758 Apetito y
trastorno depresivo mayor, 186. Véase también Apraxia dietética y trastorno neurocognitivo mayor o
leve debido a la enfermedad de Huntington, 727 Malformación de
Arnold-
Chiari y apnea central del sueño,
438 Trastorno de pesadillas y 458 Trastornos del despertar durante el sueño con
movimientos oculares no rápidos.
y, 452, 453, 455
ataques de pánico y, 244–
245 PTSD y, 307 fobia específica
y, 226 Arritmias, 242, 245, 431 Marcado
de giro arterial (ASL), 720 Artritis y trastorno de excitación/interés
sexual femenino, 493 Americanos asiáticos. Véase también Isleños del
Pacífico; Carrera; Racismo, trastornos
relacionados con el alcohol y, 556,
563 consumo de cannabis y,
578, 580, 585 trastorno del juego en, 664
trastornos neurocognitivos en,
686–687 trastorno por
consumo de opioides en, 611 trastorno de pánico en, 239 trastornos relacionados con estimulantes en, 636, 642

Machine Translated by Google

trastorno por consumo de tabaco
en, 647 demencia vascular en, 705
Trastorno de Asperger, 36, 60
Asfixiofilia, 789 Evaluación.
Véase también Diagnóstico, evaluación
integral y uso de medidas, 20 medidas de síntomas transversales,
841–842, 843–850 variación intraétnica en la interpretación de, 688
de trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de
Lewy, 700 Esquema para la formulación cultural y, 861– 862 enfoque cultural
centrado en la persona, 859, 862, 863 de síntomas
psicóticos, 104 relevancia de los conceptos culturales de angustia
para, 871–873 medidas de gravedad
y, 842 Género asignado, 511 Características asociadas, uso de texto
para ayudar en el diagnóstico, 26
Consulte también Funciones
de diagnóstico; trastornos específicos Asma, 239, 241, 242, 245, 365, 434 Deterioro neurocognitivo asintomático (ANI), 718 Ataque
de nervios, 17, 239, 244, 317, 873, 874 Ataxia y
trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de
Huntington , 727 Atonía y trastorno de conducta del sueño
con movimientos oculares rápidos, 463 Convulsiones atónicas y narcolepsia, 428 Apego. Véase también
Trastorno de apego reactivo, Trastorno del espectro autista y 298 , Trastorno
de ansiedad por separación y 217–218
Atención. Véase también delirio de falta de atención y, 675
trastorno histriónico de la personalidad y,
757–758 dominios neurocognitivos, 669 comorbilidad
del trastorno por déficit de atención/
hiperactividad (TDAH)
y, 35, 75, 88, 98, 537, 920 trastorno de conducta y, 532
relacionado con la cultura cuestiones
de diagnóstico, 72 características definitorias de, 36 trastorno
de coordinación del desarrollo y, 88 desarrollo y
curso de, 71 diagnóstico y
características asociadas de, 70–71 criterios
de diagnóstico para, 68–70 marcadores
de diagnóstico para, 72 diagnóstico diferencial de, 73–75
atenuados síndrome de psicosis, 907
trastorno de conducta, 536

trastornos depresivos, 182, 192
trastorno de coordinación del desarrollo, 88 trastorno
de participación social desinhibida, 301 trastorno de
hipersomnolencia, 421 trastorno
explosivo intermitente, 530 narcolepsia, 428
apnea hipopnea
obstructiva del sueño, 434 trastorno de oposición
desafiante, 526
PTSD, 312
esquizofrenia, 120
trastorno de la comunicación social, 55
trastorno específico del aprendizaje,
85 trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
y 180 consecuencias funcionales de, 72–73

Machine Translated by Google

trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol y, 920 estructura
organizacional del DSM-5 y, 12 factores de riesgo y
pronóstico, 71–72 cuestiones de diagnóstico
relacionadas con el sexo y el género, 19, 72 especificadores
para, 37 trastorno de
aprendizaje específico y, 83 suicidio
pensamientos o comportamiento, 72
Síndrome de psicosis atenuada, 903–907
Anorexia nerviosa atípica, 396
Características atípicas, como especificador, 172–173, 212
Monitorización audiovisual, del sonambulismo, 455
Alucinaciones auditivas, 102, 336, 641
Austria y el desorden voyeurista, 782
Australia, prevalencia del
trastorno de estrés agudo en 316
trastornos de adaptación en 320
trastorno por consumo de alcohol
en 559 anorexia nerviosa en
384 trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos en
377 378 trastorno por atracón y 394
bulimia nerviosa en 390
eréctiles trastorno en, 483
trastorno de síntomas neurológicos funcionales en, 362 trastorno
del desarrollo intelectual en niños aborígenes en, 44
Trastorno por juegos de Internet en, 916
trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington en, 727 trastorno por
consumo de otros alucinógenos en, 593 trastorno
por consumo de fenciclidina en, 589 trastorno
de masoquismo sexual en, 789 trastorno de
sadismo sexual en, 791 trastorno de
ansiedad social en, 231
Características del trastorno del
espectro autista de, 36
comorbilidad y, 35, 67–68, 235, 373, 520 cuestiones de
diagnóstico relacionadas con la cultura, 65
desarrollo y curso de, 63–64 características
diagnósticas y asociadas de, 60–62 criterios de diagnóstico
para, 56 –57 diagnóstico diferencial
de, 66–67
TDAH, 74
trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos,
379 trastornos depresivos, 182
trastorno de coordinación del desarrollo, 88 disforia
de género, 519–520 trastorno del
desarrollo intelectual, 45 trastorno explosivo
intermitente trastorno de apego reactivo,
297–298 esquizofrenia, 120 trastorno esquizoide
de la personalidad, 743
esquizotípico trastorno de personalidad, 747
trastorno de ansiedad social, 234 trastorno de
comunicación social, 55 trastorno
de movimientos estereotipados, 66–67, 91
consecuencias funcionales de, 65–66 prevalencia de,
62–63 factores de riesgo y pronóstico, 64
cuestiones de diagnóstico
relacionadas con el sexo y el género ,
65 especificadores de, 37 pensamientos o conductas
suicidas, 65

Información autobiográfica y amnesia disociativa, 338, 339, 340.

Machine Translated by Google

Asfixia autoerótica, 800
Autoginefilia, 517, 799
Trastornos autoinmunes, 96, 132, 207
Hiperactivación autónoma y trastorno de ansiedad generalizada, 251
Sistema nervioso autónomo y trastorno de hipersomnolencia, 419
Ataxia cerebelosa autosómica dominante, sordera y narcolepsia (ADCA-DN), 423
Evitación
trastorno de estrés agudo y, 315, 316
agorafobia y, 247 trastorno
por evitación/restricción de la ingesta de alimentos y, 377
trastorno dismórfico corporal y, 276 trastorno
de identidad disociativo y, 332 trastorno eréctil
y, 482, 484 trastorno de dolor/
penetración genitopélvico y, 495 trastorno de duelo prolongado
y, 323, 327
PTSD y, 306, 309
trastorno de ansiedad social y, 230 fobia
específica y, 225–226
Trastorno de personalidad por evitación, 234–235, 733, 741, 744, 747, 764–768, 771, 883, 885–886
Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, 68, 373, 376–381, 387
Avolición y síntomas negativos, 103, 115, 120.
Conciencia y delirio, 675.
Ayahuasca, 593

Comportamiento. Ver también Agresión; Agitación; Comportamiento antisocial; Evitación; Fenotipo conductual; Comportamiento coleccionista;
Compulsiones; Comportamiento criminal; Desinhibición; Comportamientos de mantenimiento de la salud; Impulsividad; Irritabilidad; Comportamientos repetitivos;
Comportamiento sexual; Pensamientos o comportamiento
suicidas, trastorno de estrés agudo y
316 anorexia nerviosa y 387
trastorno del espectro autista y 60, 297 trastorno
de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y 380 bulimia
nerviosa y 388, 389, 395 trastorno de
conducta y 522, 533 trastorno delirante
y, 107 diagnóstico diferencial de
compulsivo, 270–271 trastorno de juego y, 662 trastorno
de personalidad histriónica y, 758
intoxicación por inhalantes y, 605 narcolepsia y,
424 trastornos neurocognitivos y, 685,
727 trastorno de pesadillas
y, 458 intoxicación por opioides y, 616 intoxicación
por fenciclidina y, 595, 596 factores
psicológicos que afectan otras
condiciones médicas y, 365

PTSD y 307
trastorno de conducta del sueño con movimientos oculares rápidos
y 461 trastorno de apego reactivo y 297
intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y 627 trastorno
de ansiedad social y 232 trastorno de
síntomas somáticos y 352 trastorno de
movimientos estereotipados y 90 trastorno por
uso de estimulantes y, 636
Adicciones conductuales, uso del término, 543
Síndrome de sueño insuficiente inducido por el comportamiento, 420
Fenotipo conductual, de trastorno del desarrollo intelectual, 43.

Machine Translated by Google

Variante conductual, de trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve, 696, 698 Creencias. Véase
también Religión; Espiritualidad; Creencias sobrenaturales, trastorno de
interés/excitación sexual femenina y, 491 TOC y delirantes
o disfuncionales, 267 Benzodiazepinas, 472, 507,
565, 622, 624, 626, 716 Benzoilecgonina, 638 Duelo, 110, 177,
192, 322, 460, 834. Véase
también Duelo, nuez de betel, 654, 655 Sesgo, efecto del proceso de
evaluación diagnóstica,
16, 17, 688, 861–862. Ver diferencias culturales; Discriminación; Opresión;
Racismo
Bilingüismo y trastornos de la comunicación, 48, 51, 53 Atracones
y trastornos relacionados con estimulantes, 637, 644 Trastorno
por atracón, 388, 392–396 Validadores
biológicos y clasificación DSM-5 de los trastornos del sueño-vigilia, 407 Trastorno bipolar I.
Consulte también Trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastorno
bipolar II y, 154, 156 comorbilidad y,
150 cuestiones de
diagnóstico relacionadas con la cultura, 147
desarrollo y evolución, 146–147 características
diagnósticas y asociadas de, 143–146 criterios de
diagnóstico para, 139 –142 diagnóstico
diferencial de, 148–150, 158, 161, 751, 910 consecuencias
funcionales de, 148 síntomas
hipomaníacos y, 155 prevalencia de,
146 factores de riesgo
y pronóstico, 147 cuestiones de
diagnóstico relacionadas con el sexo y el género, 147–148
suicidio pensamientos o comportamiento,
148 Trastorno bipolar I con características psicóticas,
149 Trastorno bipolar II, 150–158, 161, 910. Véase también Trastorno bipolar y trastornos relacionados
Trastorno bipolar y relacionados. Véase también Trastorno bipolar I; Trastorno bipolar II; Trastorno bipolar y relacionados debido a otro
condición médica; Trastorno ciclotímico; Otro trastorno específico relacionado con el bipolar; Trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por
sustancias/medicamentos; Trastorno bipolar y relacionados no especificados; Trastorno del estado de
ánimo no especificado, trastorno
por consumo de alcohol y,
561 características de, 139 comorbilidad
y, 271, 392, 561 episodios
depresivos y, 188 diagnóstico diferencial de
TDAH, 74
trastorno por atracón, 395–396
trastorno psicótico breve, 110
trastorno de conducta, 536
trastorno delirante, 108
trastornos depresivos, 191, 196, 200
trastorno de desregulación disruptiva del estado de
ánimo, 181 trastorno de identidad
disociativo, 335 trastorno de oposición
desafiante, 526 trastornos de la
personalidad , 756 trastorno
esquizoafectivo, 125
esquizofrenia, 120 trastorno de ansiedad por separación, 221
sobrediagnóstico de en niños, 177
piromanía y, 539
especificadores de, 169-175
uso de sustancias y, 545
Trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica, 149, 158, 161, 166–168, 196

Machine Translated by Google

Género asignado al nacer, 511, 513
Delirios extraños, 101, 360
Blackouts
intoxicación por alcohol y, 562 como
concepto cultural de malestar, 874
intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y, 627 trastornos
inducidos por sustancias/medicamentos y, 336
Ceguera y trastornos del sueño-vigilia, 449, 450.
Concentración de alcohol en sangre, 559
Fobia específica a las inyecciones de sangre y a las lesiones, 226, 228
Comorbilidad del trastorno
dismórfico corporal y, 235, 271, 277
conceptos culturales de angustia y, 879
cuestiones de diagnóstico relacionadas con la
cultura, 274 desarrollo y curso de, 274
características diagnósticas y asociadas de, 272–273
criterios de diagnóstico para, 264, 271–272
diferencial diagnóstico de, 275–277 anorexia
nerviosa, 387 trastorno
delirante, 108 trastorno de
excoriación, 286 trastorno de
síntomas neurológicos funcionales, 364 disforia de género,
519 trastorno de ansiedad
por enfermedad, 360
TOC, 270
esquizofrenia, 120
trastorno de ansiedad social, 234
trastorno de síntomas somáticos, 356
tricotilomanía, 284
consecuencias funcionales de, 275
prevalencia de, 273
factores de riesgo y pronóstico, 274
cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el
género, 274 pensamientos o conductas suicidas, 274 –275
Trastornos de conducta repetitiva centrados en el cuerpo, 97
Disforia de la integridad corporal, 276, 519.
“Lenguaje corporal” y trastorno del espectro autista, 61
Índice de masa corporal (IMC), 382, 432
Bondage-dominación-sadismo-masoquismo (BDSM), 788, 791
Masa ósea y anorexia nerviosa, 385
Funcionamiento intelectual límite, 836
Comorbilidad del trastorno límite de la
personalidad y, 757
cuestiones de diagnóstico relacionadas con la
cultura, 755 definición
de, 733 desarrollo y curso de, 755
diagnóstico y características asociadas de, 753–754, 883 criterios
de diagnóstico para, 752–753, 886–887 diagnóstico
diferencial de, 756–757 trastorno por
atracón, 392, 396 trastornos bipolares,
150, 158 trastorno ciclotímico, 161
trastorno de identidad disociativo,
336 trastorno facticio, 369 trastorno
explosivo intermitente, 529–
530 trastorno de autolesión no suicida, 925 otros
trastornos de la personalidad, 741, 747–748,
751, 759, 763, 770–771 trastorno de ansiedad por separación, 221 trastorno depresivo
mayor y 189 trastorno depresivo
persistente y, 194

Machine Translated by Google

prevalencia de, 754–755
factores de riesgo y pronóstico, 755
cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el género,
755–756 trastorno de masoquismo sexual y,
790 pensamientos o conductas suicidas,
756 encefalopatía espongiforme bovina, 722
bradicardia y abstinencia de estimulantes, 643
bradicinesia, y parkinsonismo inducido por medicamentos, 808, 809
Disfunciones o diferencias cerebrales. Véase también Neuroimagen; Lesión cerebral traumática
trastorno de acaparamiento y,
280 trastorno del desarrollo intelectual y, 43
esquizofrenia y, 116
"Brain fag", como concepto cultural de angustia, 876
Sistema de recompensa cerebral y abuso de sustancias,
543 Tumores
cerebrales, 110 Brasil, estudios de trastornos mentales
en, 179, 269 Trastornos del sueño relacionados con la respiración, 416, 420–421, 456. Ver también Apnea central del sueño; Apnea hipopnea obstructiva del sueño;
Hipoventilación relacionada con el sueño
Trastorno psicótico breve, 108–111, 113, 120, 906
Bulimia nerviosa, 375, 387–392, 395, 541
Trastorno
de identidad disociativo y acoso escolar, 333
PTSD y, 305
trastorno de ansiedad por separación y, 219
Buprenorfina, 507, 508, 610, 612
"Agotamiento", como lenguaje cultural de angustia, 859

Cafeína, 417, 471, 913. Véase también Trastorno por consumo de
cafeína. Trastornos mentales inducidos por cafeína,
571, 574. Intoxicación por cafeína,
569–571. Trastorno por consumo de cafeína, 910–913. Véase
también Cafeína Abstinencia de cafeína,
571–574, 911 Camboya
trastorno de estrés agudo y cultura de, 317
contexto cultural del trastorno de pesadillas, 459
síndromes culturales y ataques de pánico, 239, 244, 876
Camuflaje y trastorno dismórfico corporal, 273
Canadá, prevalencia de
trastornos de adaptación en, 320
trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos
en, 378 trastorno por atracón en, 394

bulimia nerviosa en, 390
apnea central del sueño en, 437
trastorno de coordinación del desarrollo en, 87
trastorno exhibicionista en, 784
trastorno frotteurista en, 786
trastorno del juego y poblaciones indígenas de, 664 disforia de
género en, 516, 519 cleptomanía en,
540 trastorno
neuroconductual asociado con exposición prenatal al alcohol en, 919 trastornos del despertar
del sueño con movimientos oculares no rápidos en, 454 trastorno
específico del aprendizaje y, 84 trastornos
de tics en, 95 trastorno
voyeurista en, 781
Cáncer, 365
Síndrome de hiperemesis cannabinoide, 582

Machine Translated by Google

Cannabis, 129, 147, 159, 471, 503. Véase también Trastornos relacionados con el cannabis; Trastorno por consumo de cannabis; Abuso de sustancias Trastornos mentales inducidos por cannabis, 581, 584, 586 Intoxicación por cannabis, 581, 582–584 Trastornos relacionados con el cannabis. Ver cannabis; Trastornos mentales inducidos por el cannabis; Intoxicación por cannabis; Trastorno por consumo de cannabis; Abstinencia de cannabis; Trastorno no especificado relacionado con el cannabis Trastorno por consumo de cannabis, 128, 575–581. Véase también Cannabis; Trastornos por abuso de sustancias
Abstinencia de cannabis, 578, 581, 584–586 Transferrina deficiente en carbohidratos (CDT), 559 Trastornos y síntomas cardiovasculares, 218, 245, 259, 415, 435, 467, 483, 555–556. Véase también Enfermedad coronaria Cuidados y cuidadores. Véase también Cuidado de crianza; Padres)
Enfermedad de Alzheimer y, 694
personas bilingües con demencia y comunicación con, 668 trastorno de participación social desinhibida y, 300 trastorno de duelo prolongado y, 325
Formulación de casos y uso del manual, 21.
Cataplexia y narcolepsia, 423.
catatonia
trastorno del espectro autista y, 59, 60, 62
características definitorias de, 102, 134–135
diagnóstico diferencial de, 168
distonía aguda inducida por medicamentos y, 813
como especificador de trastornos bipolares y relacionados, 173 como especificador de trastornos depresivos, 213 Catatonia asociada con otro trastorno mental, 135–136 Trastorno catatónico debido a otra condición de medicación, 136–137 Estupor catatónico y mutismo, 342 Enfoque categórico y sistema DSM, 14–15 Catinonas, 635, 654 Calculadora de percentiles de IMC de los CDC para niños y adolescentes, 382 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 23, 382, 719 Sistema nervioso central. Ver también Trastornos neurológicos; Signos neurológicos suaves
efectos del alcohol en, 556
trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a otra condición médica y, 730
Apnea central del sueño, 434, 435–439, 442
Angiopatía amiloide cerebral, 705 Infarto cerebral y síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados, 292 Parálisis cerebral, 88 Enfermedad cerebrovascular, 207 , 639, 695, 702, 703–704, 726. también Accidente cerebrovascular Dolor en el pecho e intoxicación por estimulantes, 639
Respiración de Cheyne-Stokes y apnea central del sueño, 436, 437, 438, 439 Abuso infantil. Véase también Experiencias infantiles adversas; Descuido; Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos por abuso físico y, 378
trastorno por consumo de cannabis y, 582 codificación de, 823–825 trastorno de síntomas neurológicos funcionales y, 362
trastorno de estrés postraumático y, 308, 311 trastorno de ansiedad social y, 232 trastorno por consumo de estimulantes y, 637
Apraxia del habla infantil, 50 Dispraxia infantil, 86 Fluidez de inicio en la infancia (tartamudez), 36, 51–54 Niños. Ver también Adopción; Experiencias infantiles adversas; Edad; Abuso infantil; Desarrollo; Orfanato; Bebés; Descuido; Trastorno
de estrés agudo de los padres en, 317 agorafobia en, 248
trastorno de personalidad por evitación y, 766
trastornos bipolares en, 146, 156, 159
trastornos relacionados con la cafeína y, 570, 573 apnea central del sueño en, 437–438 trastorno de conducta en, 533

Machine Translated by Google

delirio en, 677
trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en, 149, 179, 181–182 amnesia disociativa en, 339
trastorno de identidad disociativo en, 333
enuresis en, 400
disforia de género en, 513–514
trastorno de ansiedad generalizada en, 252
trastorno de insomnio en, 413
episodios maníacos en, 144, 145
trastorno de pesadillas en, 458
trastornos del despertar del sueño con movimientos oculares no rápidos en, 454
TOC en, 268
apnea hipopnea obstructiva del sueño en, 432

sobrediagnóstico de trastornos bipolares en, 177
acaparamiento patológico en, 279
trastorno pedófilo y, 793 trastornos de la personalidad en, 735–736, 743, 746, 776 trastorno de estrés postraumático en, 303–304, 305, 308, 309 trastorno de duelo prolongado en, 325 apego reactivo trastorno en, 296
síndrome de piernas inquietas en, 466
esquizofrenia en, 117–118
mutismo selectivo y, 222 trastorno de ansiedad por separación en, 218, 219
hipoventilación relacionada con el sueño en, 442 trastorno de síntomas somáticos en, 353 fobia específica y, 226–227
traumática lesión cerebral en, 710
Chile, y trastorno por consumo de cannabis, 582
China, prevalencia del trastorno por consumo de alcohol en, 558 trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos en, 378 conceptos culturales de angustia en, 354, 875, 877–878 juegos de Internet y, 914 enuresis en, 400, 401
síndrome neuroléptico maligno en, 810 trastorno de pesadillas en, 459 trastorno de duelo prolongado en, 324 trastorno de conducta del sueño con movimientos oculares rápidos en, 462
Clasificación china de trastornos mentales (CCMD), 877–878 Corea, 97, 428
Crónico trastorno de insomnio, 417 Trastorno depresivo mayor crónico, 194 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 241, 242, 244, 245, 441, 442 Cibih, 878 Trastorno del ritmo circadiano sueño-vigilia, 416, 421, 443–451 Género cis, 511 Compulsiones de limpieza, 264, 266 Comité Clínico y de Salud Pública (CPHC) y proceso de revisión del DSM, 9 Investigación clínica y conceptos culturales de angustia, 872–873 Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis calificadas por los médicos, 842, 851, 852–853 Torpe síndrome infantil, 86 Trastornos de la personalidad del Grupo A, 734. Véase también Trastorno de personalidad paranoide; Trastorno esquizoide de la personalidad; esquizotípico desorden de personalidad
Trastornos de personalidad del grupo B, 734. Véase también Trastorno de personalidad antisocial; Trastorno límite de la personalidad; Trastorno de personalidad histriónica; Trastorno de personalidad narcisista

Machine Translated by Google

Trastornos de personalidad del grupo C, 734. Véase también Trastorno de personalidad por evitación; Trastorno de personalidad dependiente;
Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo Cocaína.
Véase también Trastorno por consumo de cocaína; Abuso de sustancias, estado
de ánimo disfórico y, 205 trastorno
de excoriación y, 287 prevalencia de uso,
642 trastornos relacionados con
estimulantes y, 635 trastorno psicótico inducido por
sustancias/medicamentos y, 129 trastornos de tics y, 94 trastorno por consumo de
cocaína, 128, 636. Véase
también Cocaína ; Trastorno por uso de estimulantes; Códigos de trastornos por abuso de sustancias y codificación de. Ver también
Especificadores deterioro cognitivo relacionado con la
edad, 836 trastorno del espectro autista y, 57,
59 funcionamiento intelectual límite, 836 abuso
infantil, 823–825 información contextual en DSM-5-TR
en, 26 “sin diagnóstico o
condición”, 803, 805 delirio, 674–675 trastorno de
hipersomnolencia, 418 trastorno de insomnio, 410
Clasificación Internacional
de Enfermedades, Décima Revisión,
Modificación Clínica y sistema
oficial de, 13, 23–24 simulación, 835 trastorno de pesadillas, 458 “otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica atención”, 28 abuso físico y
negligencia, 822–823
trastorno disfórico premenstrual,
198 problemas psicosociales o ambientales que afectan el diagnóstico, 821, 825–828,
830, 831–834 autolesiones, 822 trastorno específico
del aprendizaje, 78 trastorno por uso de estimulantes,
635 intoxicación o abstinencia de sustancias, 549–550 trastornos inducidos por sustancias/medicamentos, 127–128, 163, 202–
203, 256–257, 289,
469–470, 552–553, 714 trastornos por
uso de sustancias, 547 subtipos y
especificadores, 22 conducta suicida y trastorno de conducta
suicida, 822, 920

Deficits cognitivos. Véase también Déficits neurocognitivos uso de alcohol
y, 556 trastornos bipolares y,
148, 157 Dimensiones de gravedad de los
síntomas de la psicosis calificadas por médicos, 851 codificación de trastornos relacionados
con la edad, 836 trastorno de
insomnio y, 412 trastornos
neurocognitivos y, 685, 724, 727, 728 psicóticos trastorno debido a
otra condición médica y, 133 esquizofrenia y, 115, 116, 117 trastorno por uso de
sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y, 625

efectos secundarios de los medicamentos y trastornos específicos del
aprendizaje relacionados con la edad, 623–624 y, 80
Esquemas de desconexión cognitiva y trastorno de despersonalización/desrealización, 345
Dominios cognitivos y trastornos neurocognitivos, 668, 669–671
Comportamiento coleccionista y trastorno de acaparamiento, 278.
Colombia, prevalencia del trastorno de ansiedad por separación en, 219
Pruebas de tránsito colónico y encopresis, 404
Delirio
de coma y, 676
intoxicación por opioides y, 616
intoxicación por otros alucinógenos y, 597

Machine Translated by Google

Comunicación. Ver también Trastornos de la comunicación; Idioma; Comunicación no verbal; Comunicación social síndrome de psicosis
atenuada y desorganizada, 904 definición de, 47 mutismo selectivo
y, 222 reglas
sociales de, 54

Trastornos de la comunicación, 35–36, 45, 120, 222, 223–224, 747. Véase también Trastorno de la fluidez que comienza en la niñez; Trastorno del lenguaje;
Trastorno de la comunicación social; Trastorno de los sonidos del habla; Trastorno de la comunicación no
especificado Factores de riesgo a nivel comunitario, para el trastorno
de conducta, 535 Comorbilidad. Ver Diagnóstico diferencial; trastornos
específicos Atención compleja y dominios neurocognitivos, 669
Tics motores complejos y tics vocales complejos, 94
Evaluación integral del trastorno específico del aprendizaje, 80
Compulsiones y definición de comportamiento
compulsivo de, 263
trastorno de ansiedad por enfermedad
y, 359 cleptomanía y, 541
TOC y , 266
Tomografía computarizada (TC) y trastornos neurocognitivos, 698, 708 Concentración,
251, 415. Ver también Déficits cognitivos Dominio conceptual
(académico), del funcionamiento adaptativo, 42 Marco conceptual, del
DSM-5 y DSM-5-TR, 13–20 “Condiciones para estudios adicionales”, 20
Trastorno de conducta TDAH y, 73, 75
trastorno de
personalidad antisocial
y, 749 trastorno por consumo de cannabis y,
579 comorbilidad de, 537 problemas
de diagnóstico
relacionados con la cultura, 535 desarrollo y
curso, 534 diagnóstico y características
asociadas de, 533 criterios de diagnóstico para,
530–532 diagnóstico diferencial de,
536–537 trastorno por consumo de
alcohol, 561 trastorno
frotteurista, 787 trastorno
explosivo intermitente, 530 cleptomanía,
540 trastorno de
oposición desafiante, 525 trastorno de
ansiedad por separación, 221 trastorno
de sadismo sexual, 792 trastorno
voyeurista, 782 encopresis y,
403 consecuencias
funcionales de, 536 genética de, 535
trastorno por
consumo de inhalantes y, 605
trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol y, 920 trastorno por
consumo de opioides y, 615
prevalencia de, 534
piromanía y, 539 riesgo
y factores de pronóstico, 534–535 cuestiones
de diagnóstico relacionadas con el sexo y el género, 535
especificadores de, 532–
533 trastorno por uso de estimulantes
y, 637 subtipos de,
532 pensamientos o conductas suicidas, 535–
536 Hipoventilación alveolar central congénita, 440
Insuficiencia cardíaca congestiva, y apnea central del sueño, 434
Estreñimiento y encopresis, 402, 403, 404, 405 Obsesiones
por la contaminación, 264 Hipotonía
continua y narcolepsia, 424 Control. Ver también
Agencia

Machine Translated by Google

ataques de nervios y, 874
trastorno por atracón y, 393 bulimia
nerviosa y, 388 delirios y, 101
trastorno de
personalidad obsesivo-compulsivo y, 772 eyaculación precoz
y, 502, 504
Desorden de conversión. Consulte Trastorno de síntomas neurológicos
funcionales, afrontamiento y esquema para la formulación
cultural, 861 Coprolalia y copropraxia,
94 Síndrome de Cornelia de Lange, 91, 919
Enfermedad coronaria, 365, 484. Consulte también Enfermedad cardiovascular Insuficiencia cardíaca
congestiva Degeneración corticobasal,
699 Corticosteroides y sustancias/ trastorno bipolar inducido por medicamentos y trastorno relacionado, 165. Véase
también esteroides, tratamiento cosmético y trastorno dismórfico
corporal, 273 Consejo de Psiquiatría y Derecho
(APA), 9 Trastornos del
noviazgo, 779 Crack,
cocaína 635 Crash y abstinencia de
estimulantes, 644 Ansia y uso de sustancias trastornos, 546, 555, 622, 643, 647, 650

Creatividad y trastorno bipolar II, 155
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, 721–
722 Comportamiento criminal. Ver también
Sistema legal trastorno por
consumo de alcohol y, 560 trastorno de personalidad
antisocial y, 749, 752 trastorno de
conducta y, 534, 536 trastorno
facticio y, 368 trastorno por
consumo de opioides y, 611 trastorno de
sadismo sexual y, 791, 792 trastorno
por consumo de estimulantes
y, 639 Enfermedad de Crohn, 59, 250 Comité de Revisión
Transversal de Cuestiones Culturales, 18 Medidas transversales de
síntomas, 5, 15, 841–842, 843–850 Travestismo.
Ver Trastorno travestismo Antecedentes culturales. Ver Contextos culturales; Etnicidad;
Países específicos Conceptos culturales de angustia. Véase también Modismos culturales de angustia; Síndromes culturales
trastorno de estrés agudo y, 317
definición de, 16–17, 871
ejemplos de, 873–879
PTSD y, 311
relevancia de para la evaluación diagnóstica, 871–873
Contexto cultural. Ver también Diferencias culturales; Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura; Síndromes culturales; Idioma; Sociocultural
contexto
de trastornos de adaptación, 321
de trastornos de ansiedad, 215 evaluación de síntomas psicóticos y, 104 de
trastorno bipolar I, 147 de
eyaculación retardada, 480 de
delirios, 101, 118 desarrollo del DSM-5-TR y, 16 de trastornos
disociativos, 329, 334 de trastorno de
síntomas neurológicos funcionales, 363 de juego, 662 de
identidad de género,
518 de trastorno de
ansiedad generalizada, 253 de trastorno
del desarrollo intelectual, 44 de trastorno depresivo
mayor, 190 de trastorno de pesadillas,
459 de obsesiones y
compulsiones, 268

Machine Translated by Google

de trastornos de la personalidad,
197 de trastorno disfórico premenstrual, 198 de
trastorno de ansiedad social, 230, 231 de
trastorno de síntomas somáticos, 354 de
trastorno de los sonidos del habla,
51 de trastorno de movimientos estereotipados,
91 de trastornos por uso de sustancias,
544 de eventos traumáticos,
311 de uso de términos, 18, 859–
860 Diferencias culturales. Véase también Conceptos culturales de angustia; Contexto cultural; Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura; Cultural síndromes en
las actividades de la vida diaria, 88 en
consumo de alcohol o sustancias, 159, 165 en
duelo, 834 entre médico
y paciente como fuente de sesgo, 16, 861–862 trastorno dismórfico corporal
y 274 en capacidad cognitiva como parte del
envejecimiento normal, 687–688 en grados de separación, 220
importancia de la evaluación de los
trastornos mentales, 16 en normas de interacción social, 65 en
TOC, 267 trastorno disfórico premenstrual
y 199 trastorno
de duelo prolongado y 324 disfunciones sexuales y
477, 482, 487 , 491, 495, 496, 499, 502
Explicación cultural o causa percibida, uso de frase en DSM-5-TR, 17 Entrevista
de formulación cultural, 20, 28, 104, 859, 862–863, 864–871 Identidad cultural, 17 , 864.
Véase también Etnia Modismos culturales de angustia. Véase también ataque de
nervios; Conceptos culturales de angustia; Síndromes
culturales; Ataques de Khyâl (viento); Koro; Shenjing shuairuo; Shubo-kyofu; “Pérdida del alma”; Taijin kyofusho; Trúng gió trastorno dismórfico corporal y, 274
trastorno de síntomas somáticos y, 354 uso del término en DSM-5-TR, 17, 859 síndromes culturales.
Véase también Conceptos culturales de
angustia; Modismos culturales de angustia

trastorno de pánico y, 239, 244 uso
del término en DSM-5-TR, 17
Cultura. Véase también Conceptos culturales de angustia; Contexto cultural; Diferencias culturales; Identidad cultural; Modismos culturales de
angustia; Definición de cuestiones de diagnóstico
relacionadas con la
cultura, 860 se centran en cuestiones de en el
DSM-5-TR, 18-19 Síndrome ligado a la cultura. Ver Síndromes
culturales Problemas de diagnóstico relacionados con la cultura. Ver también Contexto cultural; Diferencias culturales; Cultura; trastornos específicos
trastornos de ansiedad y, 220, 223, 227, 232–233, 239, 244, 253 síndrome de
psicosis atenuada y, 906 trastornos bipolares y
relacionados y, 147, 167 información contextual en el
DSM-5-TR sobre, 26 trastornos depresivos y, 180 , 189–
190, 195, 199 trastornos disruptivos, de control de impulsos y
de conducta y, 525, 529, 535 trastornos disociativos y, 334, 340, 345 trastornos de
eliminación y, 401, 404 trastornos de alimentación y
alimentación y, 372–373, 378, 385, 391, 395
trastorno del juego y, 664 disforia de género y, 518

trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol y, 919 trastornos
neurocognitivos y, 687–688, 693, 725 trastornos del desarrollo
neurológico y, 44, 65, 72, 83–84, 87–88, 91, 96 trastorno de autolesión no suicida y,
925

Machine Translated by Google

trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, 268, 274, 280, 283, 286
apnea obstructiva del sueño, hipopnea y, 432
trastornos parafílicos y, 789, 791, 797
trastornos de la personalidad y, 736, 740, 743, 746, 750–751, 755, 759, 763, 766, 770, 774
espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, 107, 110, 118–119, 124
disfunciones sexuales y, 483, 487–488, 492, 496–497, 500, 503
trastornos del sueño-vigilia y, 414, 426, 432, 459, 462, 466
síntomas somáticos y trastornos relacionados y, 354, 359, 363, 366
trastornos por uso de sustancias y, 558, 563 , 573, 580, 593, 604, 612, 624, 637–638, 648, 655, 912
trastorno de conducta suicida y 922
trastornos relacionados con traumas y factores estresantes y, 297, 300–301, 310–311, 317, 321, 325–326
Maldiciones y contexto cultural de los delirios, 118, 124.
Enfermedad de Cushing, 110, 149, 158, 167, 168, 207, 208
Cortes y autolesiones, 924
Ciclohexamina, 588–589
Trastorno ciclotímico, 157, 159–162, 196, 910

Clasificación diaria de la gravedad de los
problemas, 199 “Dabbing” y trastorno por consumo
de cannabis, 577 Somnolencia (excesiva) diurna, 412, 433, 445, 447, 450, 465, 467. Véase también Siestas y
siestas Sordera y trastorno del espectro autista, 63
Muerte. Véase también Duelo; Dolor; Tasas de mortalidad por
intoxicación por alcohol y 563–564 por
enfermedad de Alzheimer y 692
por trastorno límite de la personalidad y 754 por
intoxicación por cafeína y 571 por
niños con trastorno del espectro autista, 66 por niños
con trastorno de duelo prolongado, 326 por
enfermedad de Huntington y 728
por trastornos relacionados con inhalantes y,
604, 607 trastorno depresivo mayor y pensamientos de, 185,
186 trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a una lesión cerebral traumática y, 709
síndrome neuroléptico maligno y, 811 Trastorno
de toma de decisiones y personalidad obsesivo-compulsiva, 773 Eyaculación tardía,
478 –481, 501 Expresión tardía, de PTSD,
308 Retraso en la fase del sueño, tipo de
trastorno del ritmo circadiano sueño-vigilia, 416, 444–446 Delirio, trastornos relacionados con el
alcohol y,
471, 565–566, 568 codificación de, 674–675 comorbilidad
de, 209 desarrollo y
evolución, 677
diagnóstico y características asociadas
de, 675 criterios de diagnóstico para, 672–674
marcadores de diagnóstico, 677
diagnóstico diferencial de,
677–678 trastorno de ansiedad debido
a otra afección médica, 260 trastorno bipolar y relacionado debido
a otra condición médica, 167 trastorno catatónico debido a otra condición
médica, 137 trastorno delirante, 108 trastorno depresivo debido a
otra condición médica, 208
trastorno explosivo intermitente, 530 trastornos neurocognitivos, 689,
706, 721 trastorno relacionado obsesivo-
compulsivo debido a otra condición médica,
292–293 trastornos mentales inducidos por opioides y 619 cambios de personalidad debido a otra
afección médica, 777 trastorno psicótico debido
a otra afección médica, 133–134 trastorno de ansiedad inducido por
sustancias o medicamentos, 258 trastorno del sueño inducido por
sustancias o medicamentos, 474 funcionales consecuencias
de, 677

Machine Translated by Google

cambio de personalidad debido a otra afección médica y, 776
prevalencia de, 676–677
factores de riesgo y pronóstico, 677
abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y, 630
cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo
y el género, 677
especificadores de, 675 sustancias/medicamentos trastorno bipolar inducido y
relacionado y, 165, 168 trastornos mentales inducidos por
sustancias/medicamentos
y, 551 uso de sustancias y, 545 Delta-9-tetrahidrocannabinol
(THC), 576, 577, 583, 592 Delirios. Véase también Delirios extraños; Desorden delirante; Delirios grandiosos; Delirios referenciales

síndrome de psicosis atenuada y, 904
trastorno dismórfico corporal y, 272
disforia terminal y, 520
trastorno de ansiedad por enfermedad
y, 360 cleptomanía y,
541 episodios maníacos y,
144 narcolepsia y, 428
trastornos psicóticos y, 101, 128, 132, 229
esquizofrenia y, 115, 118
trastorno esquizotípico de la personalidad y, 745
Trastorno delirante, 104–108, 120, 191–192, 234, 276, 356, 879
Demencia y trastorno depresivo mayor, 186, 667. Véase también Enfermedad de Alzheimer,
Demencia con cuerpos de Lewy (DLB), 700, 701, 725
Desmoralización, y trastorno depresivo debido a otra afección médica, 209 Dinamarca,
prevalencia de trastornos
de adaptación en, 320
Enfermedad de Alzheimer en,
694 trastorno de síntomas somáticos en niños,
353 trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos en, 129
Esmalte dental y bulimia nerviosa, 391
Trastorno de personalidad dependiente, 221, 733, 756–757, 760, 767, 768–771
Despersonalización, 308, 315, 318, 336. Véase también Desrealización
Trastorno de despersonalización/desrealización, 329, 335, 343 –347
Depresión. Véase también Trastornos
depresivos, trastorno por
consumo de alcohol y, 561 síndrome de
psicosis atenuada y, 907 dimensiones calificadas por el médico de la
gravedad de los síntomas
de la psicosis, 842 trastorno eréctil y,
485 trastorno de hipersomnolencia y, 421
trastornos neurocognitivos y, 684, 712 apnea
hipopnea obstructiva del sueño y, 435
trastorno por uso de estimulantes y, 635–636 Trastorno(s) depresivo(s). Ver también Depresión; Trastorno depresivo debido a otra condición
médica; Trastorno depresivo debido a enfermedad cerebrovascular; Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo;
Trastorno depresivo mayor; Episodios depresivos mayores; Otro trastorno depresivo especificado; Trastorno depresivo persistente;
Trastorno disfórico premenstrual; Trastorno depresivo inducido por
sustancias/medicamentos;
Características comunes del trastorno depresivo no especificado, 177
comorbilidad y, 250, 271,
343, 347,
356, 364, 392, 615, 768, 771
diagnóstico diferencial de TDAH,
74 trastorno por atracón,
395–396 trastorno psicótico
breve, 110 conducta trastorno delirante, 536 trastorno delirante, 108 trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington, 729

Machine Translated by Google

trastorno de oposición desafiante, 526
trastornos de la personalidad, 737, 756
trastorno de duelo prolongado, 327
trastorno de apego reactivo, 298 trastorno
esquizoafectivo, 125 trastorno de
ansiedad por separación, 221 trastorno
por uso de opioides y, 615 piromanía
y, 539 especificadores
de, 210–214 uso de sustancias
y, 545
Trastorno depresivo debido a enfermedad cerebrovascular, 706 Trastorno
depresivo debido a otra afección médica, 191, 196, 205, 206–209 Episodios depresivos con hipomanía
de corta duración, 907–910 Descarrilamiento y pensamiento desorganizado, 102
Desrealización, 240, 315, 318 Véase también
Despersonalización, Dermatitis artefacta, 287 Dermatoscopia y
tricotilomanía, 283 “Drogas de
diseño” y diagnóstico diferencial del trastorno por
uso de estimulantes, 639 Destino y contexto cultural de eventos traumáticos, 311 Desapego y
rasgos de personalidad, 893, 899–900 Desintoxicación. y abstinencia
de alcohol, 566 Desarrollo, de niños y adolescentes, trastorno
del espectro autista y, 60 trastorno por evitación/restricción
de la ingesta de alimentos y, 380 trastorno de
compromiso social desinhibido y, 299
enuresis y retrasos en, 402 trastorno neuroconductual asociado
con la exposición prenatal al alcohol y, 918 trastornos del
desarrollo neurológico y, 35
estructura organizacional del DSM-5 y, 12 cambios de personalidad debido a otra condición médica
y, 776 trastorno de duelo prolongado y, 325, 326
trastorno de estrés postraumático y, 308 trastorno de
apego reactivo y, 296 lesión cerebral traumática en niños y, 710 Desarrollo y
evolución de los trastornos mentales. Ver Edad de
inicio; Duración;
trastornos específicos Trastorno de la coordinación
del desarrollo, 85–88 Dextroanfetamina, 635 Síndrome
de Dhat , 874–875 Diabetes, 365, 384, 402, 483, 484, 485, 492, 501 Diagnóstico. Ver también Evaluación; Cuestiones
de diagnóstico relacionadas con la cultura; Marcadores de
diagnóstico; Diagnóstico
diferencial; Diagnóstico erróneo;
Sobrediagnóstico; Cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el género; Subdiagnóstico; trastornos específicos

enfoques categóricos y dimensionales para, 14–15 declaración
de advertencia para el uso forense del DSM-5, 29 información
contextual en el DSM-5-TR para ayudar, 26–27 conceptos culturales
de angustia y precisión de, 873 componentes esenciales de, 14,
21 impacto del racismo y la discriminación
en, 17–18 provisional como modificador, 24 motivo de visita
y director, 24 Criterios de
diagnóstico. Ver Edad de inicio; Diagnóstico;
Angustia; Trastornos específicos Características diagnósticas. Ver Comportamiento; Diagnóstico;
Criterios de duración; Trastornos específicos Marcadores diagnósticos. Véase también Pruebas de
laboratorio para TDAH, 72 para enfermedad de Alzheimer,
693–694 para
anorexia nerviosa, 385–386 para bulimia
nerviosa, 391

Machine Translated by Google

información contextual en DSM-5-TR en, 27 para
delirio, 677 para
trastorno depresivo debido a otra condición médica, 208 para
encopresis, 404 para
trastornos neurocognitivos, 698, 701, 710, 720, 723, 725, 728 para
trastorno de pánico, 240
para trastorno pedófilo, 795
para pica, 373
para trastorno disfórico premenstrual, 199 para
disfunciones sexuales, 484, 504 para
trastornos del sueño-vigilia, 414–415, 419–420, 426–427, 433, 438, 441, 455, 459 , 463, 467 para
trastornos por uso de sustancias, 130, 205, 257, 293, 473, 638, 648, 716
para trastorno de conducta suicida, 922
para tricotilomanía, 283
Diazepam, 630
Dieta y dietas, 394, 395, 403. Véase también Apetito; Preferencias de comida; Desnutrición; Deficiencias minerales
Diferencias de desarrollo sexual (DSD), 511, 517, 518
Diagnóstico diferencial. Ver también trastornos específicos
explicaciones alternativas para la patología de la personalidad y,
883 información contextual en el DSM-5-TR,
27 conceptos culturales de angustia y, 873
diagnóstico provisional y, 24
trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos y,
552 Enfoque dimensional
del diagnóstico, 14–15, 35 , 734
a rasgos de personalidad, 892–
893 Disminución de la expresión emocional y síntomas negativos, 102–103
Inicio de melatonina con luz tenue (DLMO),
445 Discapacidad. Véase
también Angustia, trastorno de ansiedad
generalizada y, 253 trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de
Huntington y, 728–729 cambio de personalidad debido a otra afección
médica y, 777 Programa de evaluación de discapacidad de la Organización
Mundial de la Salud y, 854 Interrupción de
antidepresivos, 818 Discriminación. Véase también Sesgo;
Opresión; Racismo, trastorno por
consumo de
alcohol y, 556, 557
codificación, 832 trastorno de conducta y, 535 trastorno
de desregulación del estado de
ánimo disruptivo y, 180 se
centran en el DSM-5-TR, 18–19 disforia de
género y, 519 trastorno de ansiedad generalizada
y, 253 impacto de sobre diagnóstico
psiquiátrico, 17–18 trastorno depresivo mayor y, 189, 190
diagnóstico erróneo de
esquizofrenia y, 18, 116, 118,
119 , 147 trastorno de pánico y, 238 delirios
paranoicos y, 101
trastorno de personalidad paranoide y,
739 trastorno de estrés postraumático
y, 308, 310 proceso de revisión para el
DSM-5 y, 11 trastorno de ansiedad social y, 232 trastornos
relacionados con el tabaco
y, 648 Trastorno de participación
social desinhibida, 295, 298–301 Desinhibición, trastorno
conductual por consumo de
cannabis y, 579 disruptivo, control de impulsos y conducta trastornos,
522 trastorno por consumo de
inhalantes y 604 trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve y, 696 como rasgo de personalidad, 893, 900–901 trastorno de participación social y, 299

Machine Translated by Google

Trastornos del desarrollo intelectual, 46
Pensamiento y habla desorganizados, 102, 119
Disparidad y atención a la cultura, racismo y discriminación en DSM-5-TR, 18 Trastornos
disruptivos, de control de impulsos y de conducta, características de, 521–522 . Véase también Trastorno de personalidad antisocial; Desorden de
conducta; Trastorno explosivo intermitente; Cleptomanía; Trastorno de oposición desafiante; Otros trastornos de conducta, de control de
impulsos y disruptivos especificados; Piromanía; Trastorno disruptivo, de control de impulsos y de conducta no
especificado Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, 74, 75, 149, 178–182,
191, 526, 526, 529 Amnesia disociativa, 307, 315, 329–330, 331, 335, 336 , 337 –343, 456

Trastornos disociativos. Véase también Trastorno de despersonalización/desrealización; Amnesia disociativa; Trastorno de identidad disociativo;
Síntomas disociativos; Otro trastorno disociativo especificado; Características del trastorno disociativo no
especificado, 329–330
diagnóstico diferencial de, 313, 318, 346, 364
relacionado con el
sueño, 460 Fuga disociativa, 332, 338,
456 Trastorno de identidad disociativo, 330–337, 340–
341 Síntomas disociativos
ataques de nervios y , 874 de
trastorno de síntomas neurológicos funcionales, 362 uso
de fenciclidina y, 589 de
trastorno de estrés
postraumático, 306, 308, 335
como factor de riesgo de suicidio, 334
distractibilidad y episodios maníacos, 144 angustia, como criterio diagnóstico. Véase también Angustia ansiosa; Modismos culturales de angustia; Discapacidad
trastornos de adaptación y, 322
trastornos relacionados con el alcohol y, 565,
568 síndrome de psicosis atenuada y, 904
trastorno por atracón y, 394
trastorno dismórfico corporal y, 273 como
criterio de significación clínica, 23
conceptos culturales de, 239
trastorno ciclotímico y, 160
despersonalización /trastorno de desrealización y, 344
trastorno de excoriación, 285
trastorno fetichista y, 797
disforia de género y, 513, 515–516, 519
trastorno de ansiedad generalizada y, 251, 253
trastorno de acaparamiento y, 278–
279 acatisia aguda inducida por medicamentos y,
813 TOC y, 267
abstinencia de opioides y, 618
Esquema para la formulación cultural y, 861
trastorno de pánico y ataques de pánico,
244 trastornos parafílicos y, 780, 781, 799
cambio de personalidad debido a otra condición médica y, 776 trastorno
de duelo prolongado y, 324 disfunciones
sexuales y, 198, 486, 490, 491 trastornos del
sueño-vigilia y, 420, 455, 470 trastorno de
síntomas somáticos y, 352 fobia
específica y, 226 trastornos
por uso de sustancias y, 551, 585, 570, 572
tricotilomanía y, 282
Desconfianza, y trastorno de personalidad paranoide, 738, 739. Véase también
Desconfianza en los diuréticos y bulimia
nerviosa, 389 Subtipo de enuresis exclusivamente
diurna,
399, 400 Diversidad del abuso y la dependencia del alcohol en las comunidades de indios americanos y nativos de Alaska, 556

Machine Translated by Google

de género y trastorno del espectro autista, 515 revisión del
DSM-5-TR y, 9 Dizocilpina, 589
Violencia doméstica.
Ver también Abuso físico; Codificación de violencia de, 825–828 trastorno
de identidad disociativo y,
334 trastorno de interés/excitación sexual femenina
y, 493 trastorno disfórico premenstrual y, 199 trastorno específico
del aprendizaje y, 84 trastorno por uso de estimulantes
y, 637

Agentes bloqueadores de los receptores de dopamina. Ver Medicamentos antipsicóticos
Exploraciones del transportador de dopamina y trastornos neurocognitivos, 725
Ultrasonografía Doppler, 484 Síndrome
de Down, 43, 45, 51, 59, 432, 693, 919 Doxepin, 472 Sueños.
Ver también
Pesadilla(s)
Trastornos del despertar del sueño por movimientos oculares no rápidos y, 453
PTSD y, 306, 311 trastorno
de conducta del sueño con movimientos oculares rápidos y, 461
Drogadicción, uso del término, 543
DSM-II e historia del sistema DSM, 6
DSM-III
historia del sistema DSM y, 6
prevalencia del trastorno de ansiedad por enfermedad y,
358 trastornos mentales inducidos por sustancias en, 25
DSM-III-R e historia del sistema DSM, 6
Categorías
del DSM-IV de depresión mayor crónica y distimia en, 177, 194 trastorno alimentario
de la infancia o primera infancia en, 376 trastorno de identidad de
género en, 512 historia del sistema
DSM y, 6 sistema multiaxial, 15–16

Esquema para la formulación cultural, 860
prevalencia de trastornos bipolares y, 155 prevalencia
de trastorno de estrés postraumático y,
308 trastornos somatomorfos en, 349, 357, 358 uso
del término "condición médica general" en, 25 uso del término
"trastornos mentales inducidos por sustancias" en , 25
DSM-5
modelo alternativo para trastornos de la personalidad, 881–883, 893, 894 herramientas
de evaluación y seguimiento en, 20 declaración de
advertencia para el uso forense de, 29 cambios en la
estructura organizacional de, 11–13 clasificación de los
trastornos del sueño-vigilia en, 407, 443

clasificación de síntomas somáticos y trastornos relacionados en, 349–350 desarrollo de
criterios para trastornos neurocognitivos, 667 trastornos disociativos en, 329
guía para el uso de, 21–28 conjuntos
de criterios propuestos, 903
reclasificación del trastorno disfórico
premenstrual en, 177 referencia al DSM, DSM-5-TR y, xxi retención de en línea,
28 proceso de revisión para, 6–11 uso del término
trastorno bipolar en, 179 uso
del término demencia en, 667

Medida de síntomas transversales de nivel I del DSM-5, 842, 843, 844–845, 846, 847–848

Machine Translated by Google

DSM-5-TR
marco conceptual y enfoque de, 13–20
“Condiciones para estudios adicionales” y dirección futura de, 20
información contextual para ayudar en la toma de decisiones diagnósticas, 26–27
conceptos culturales de angustia en, 16–17, 871–879
desarrollo de, 5 versión
ampliada del Esquema para la formulación cultural, 861 mejoras en línea
de, 28 referencias al DSM, DSM-5
y xxi proceso de revisión para, 6–11 puntuación
e interpretación de WHODAS,
855
Enfoque
categórico del sistema DSM para el diagnóstico y, 14–15
definición de, 11
Criterios de duración
trastornos de adaptación y, 320, 321
agorafobia y, 247
intoxicación por alcohol y, 562
enfermedad de Alzheimer y, 692
trastorno delirante y, 108 trastorno
de desregulación disruptiva del estado de ánimo y, 149
trastorno orgásmico femenino y, 486
trastorno de interés/excitación sexual femenina y, 490, 491 trastorno
de deseo sexual hipoactivo masculino y, 499 trastorno de
duelo prolongado y, 326 diagnóstico
provisional y, 24 trastorno de estrés
postraumático y, 307–308
trastorno esquizoafectivo y, 124 trastorno
esquizofreniforme y, 112, 113 trastorno de ansiedad
por separación y, 218 trastorno de ansiedad
social y, 231 sustancias uso y, 549
trastornos de tics y, 94
trastornos relacionados
con el tabaco y, 649 lesión cerebral
traumática y, 708 cavernosografía de
infusión dinámica, 484 disartria, 51, 727 dislexia, 79,
84, 120 dismenorrea y
trastorno disfórico
premenstrual, 200 preocupación dismórfica, y trastorno dismórfico corporal,
277 dismorfofobia, 272 dispareunia y trastorno de penetración/dolor
genitopélvico, 494 disforia,
trastorno de personalidad antisocial y, 752 duelo y, 142, 152, 184 abstinencia
de otras
sustancias (o desconocidas) y, 659 abstinencia de
estimulantes y, 643 Trastorno
disocial de la personalidad, 748 Trastorno distímico, 194 Distonía,
97. Véase también Distonía aguda
inducida por medicamentos

Trastornos de la alimentación. Ver Alimentación y trastornos alimentarios; Libro electrónico sobre
conducta alimentaria relacionada
con el sueño, del DSM-5-TR, 28 Ecolalia y
ecopraxia, 61, 94
Cigarrillos electrónicos, 647 Economía. Ver
Situación socioeconómica Educación.
Véase también Codificación escolar de
problemas relacionados con, 830 recuperación del
trastorno bipolar II y 156 trastorno de aprendizaje específico y habilidades académicas, 78–79, 84

Machine Translated by Google

Terapia electroconvulsiva, 164, 165, 342
Electroencefalografía
anorexia nerviosa y, 385
delirio y, 677
trastorno de síntomas neurológicos funcionales y, 361
insomnio y, 415
trastornos del despertar del sueño por movimientos oculares no
rápidos y, 455 trastorno por uso
de estimulantes y, 638 sustancias/medicamentos- trastorno
del sueño inducido y, 473 Trastornos de eliminación, definición de, 399. Véase
también Encopresis; Enuresis Urgencias. Ver
también Hospitalización,
intoxicación por cafeína y, 570
trastorno por
consumo de cannabis y, 582 delirio y, 676 trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a
una lesión cerebral traumática
y, 708, 709 trastorno por consumo de opioides y, 614
intoxicación por otras
sustancias (o desconocidas) y,
657 pánico trastorno por uso de estimulantes y, 639
trastorno alimentario o alimentario no especificado y, 397 trastorno del desarrollo neurológico no especificado y, 99

Emoción(es). Véase también Ira; Regulación emocional; Emocionalidad negativa
trastorno de despersonalización/desrealización y, 345
trastorno histriónico de la personalidad y,
757 trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo y,
774 trastorno pedófilo y congruencia de, 794
trastorno esquizoide de la personalidad y,
742 Regulación
emocional TDAH
y, 70 cataplexia y,
423 delirio y alteraciones de, 676
trastorno de oposición desafiante y, 524
trastorno de duelo prolongado y, 323
trastorno de apego reactivo y, 296
trastorno de reconocimiento y dismórfico corporal, 273
trastorno
de personalidad antisocial por empatía y, 749–
750 trastorno de personalidad narcisista y, 761–
762 funcionamiento de la personalidad y, 883,
895 –898 Encopresis,
402–405 Trastornos endocrinos, 132, 259, 385,
432, 500 Bebidas energéticas y cafeína, 570,
573, 912 Trastorno de derecho y personalidad narcisista,
761 Enuresis, 399–402, 405,
432 Epidemiología y conceptos culturales de angustia, 873. Véase también
Prevalencia de epilepsia, 64, 65,
71, 133, 361 Trastorno eréctil, 481–
485, 501 Subtipo de erotomanía, de trastorno delirante,
101, 106
Espanto, 879 Temblor esencial y sedantes, hipnóticos, o abstinencia ansiolítica,
631 Estrógeno y esquizofrenia, 119
Eszopiclona, 472
Etnia. Ver también Discriminación; Carrera; países específicos
bulimia nerviosa y, 391
trastorno por consumo de cannabis
y, 578 riesgo cardiovascular y apnea obstructiva del sueño, 435

Machine Translated by Google

trastorno de conducta y, 534
definición de, 860 se
centran en cuestiones de en el DSM-5-TR,
18 trastorno de ansiedad generalizada y, 253
trastorno de dolor/penetración genito-pélvico y, 497 trastorno
depresivo mayor y, 188 trastorno
neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol y 919 trastornos neurocognitivos
y 686–687 trastorno de pánico y 239 trastorno
de estrés postraumático y
308, 310 tasas de
esquizofrenia y 118, 119 trastorno de
ansiedad social y 232 variaciones en el
lenguaje y 49 etnorracial, uso del
término en el DSM-5 -TR, 18 Grupo de Trabajo de
Inclusión y Equidad Etnorracial, 18 Euforia y trastornos
relacionados con estimulantes, 636, 641, 642 Mal de ojo y conceptos
culturales de angustia, 124, 877 Adquisición excesiva y trastorno
de acaparamiento, 264, 278, 281 Excoriación trastorno, 264, 271, 276,
284–287, 373, 926 Funciones ejecutivas. Véase también Déficits
cognitivos, trastorno del espectro autista y, 62 trastornos
neurocognitivos y, 669, 697, 727 Ejercicio,
trastornos alimentarios y exceso, 384, 389 Trastorno
exhibicionista, 779, 783–785, 788 Expectativas y trastorno del
interés/excitación sexual femenina, 490 –491
Capacidad expresiva y déficits del lenguaje, 47

Dermatitis facticia, 287
Trastorno facticio. Véase también Codificación de
simulación de,
368 desarrollo y evolución, 369
características diagnósticas y asociadas de, 368
criterios de diagnóstico para,
367 diagnóstico diferencial de, 369–370
trastorno de ingesta de alimentos evitativo/restrictivo,
380 trastorno psicótico breve, 111
delirio, 678
identidad disociativa trastorno, 337
amnesia fingida y disociativa, 342 trastorno de
síntomas neurológicos funcionales, 364 trastornos
neurocognitivos, 711 pica, 373
trastorno
de síntomas somáticos, 356 Caídas, y
adultos mayores, 228, 252, 625, 677, 809 La caída, como
concepto cultural de angustia, 874 Familia. Véase
también Historia familiar; Casamiento; Padres)
TDAH y, 73
codificación de problemas relacionados con,
829–830 trastorno de conducta
y, 535 trastorno de desregulación disruptiva del estado de
ánimo y, 180 Historia familiar. Véase
también Genética del trastorno por
consumo de alcohol, 557 del trastorno antisocial
de la personalidad, 750 de los
trastornos bipolares, 156 del trastorno
dismórfico corporal, 274 del trastorno límite de
la personalidad, 755 del
trastorno de conducta, 535 de los episodios depresivos con hipomanía
de corta duración, 909 del estado de ánimo disruptivo
trastorno de desregulación, 180 de trastorno de insomnio, 414

Machine Translated by Google

de trastorno explosivo intermitente, 529 de trastorno
depresivo mayor, 189 de trastornos
neurocognitivos, 697 de trastorno de
pesadillas, 458 de TOC, 268 de
apnea hipopnea
obstructiva del sueño, 432 de trastorno por consumo de
opioides, 612 de trastorno
esquizotípico de la personalidad, 746 de sonambulismo,
454 de trastorno específico
del aprendizaje, 82–83 de trastorno de
movimientos estereotipados, 91
Fan nao, 879
Fantasías y trastorno del interés/excitación sexual femenina, 490
Fatiga,
trastorno de ansiedad generalizada y, 251, trastorno
de hipersomnolencia y, 420, trastorno depresivo
mayor y, 186
Miedo
agorafobia y, 247 definición
de, 215 trastorno de
penetración/dolor genitopélvico y, 494 trastornos del despertar del
sueño con movimientos oculares no rápidos y, 453 fobia específica y, 225

Trastornos de la alimentación y de la alimentación, características de, 371. Véase también Anorexia nerviosa; Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos;
Trastorno por atracón; Bulimia nerviosa; Pica; Trastorno de rumia Trastorno orgásmico
femenino, 485–489 Trastorno del interés/excitación
sexual femenina, 489–493, 495 Fentanilo, 610, 612 Trastorno del espectro
alcohólico fetal (TEAF),
919 Síndrome de alcoholismo fetal, 59, 917–918 Rubéola fetal,
59 Valproato fetal síndrome, 59 Trastorno fetichista,
779, 796–798, 800
Fibromialgia, 355, 498 Ensayos de
campo y proceso de revisión para DSM-5, 7–8
Finlandia, prevalencia del delirio
en, 676 trastorno delirante en, 107 trastorno de pesadilla en, 459
trastorno psicótico debido a
otra condición médica
en, 132 piromanía en, 538 trastorno
esquizoafectivo en, 123 trastorno de
sadismo sexual en, 791, 792 trastornos relacionados con el tabaco en, 649 armas
de fuego, uso y posesión
de alcohol, 560 socorristas y eventos
traumáticos, 306 Modelo de personalidad de
cinco factores (FFM), 893 Flashbacks,
trastorno de estrés agudo y, 318 trastorno de identidad
disociativo y, 332 PTSD y, 306, 313, 318 trastorno psicótico
inducido por sustancias/medicamentos y, 130 Vuelo de ideas
y episodios
maníacos, 144 Fluidez. Véase Trastorno
de la fluidez que comienza en la niñez, efecto Flynn
y trastornos del desarrollo
intelectual, 38. Trastorno emocional por evitación de alimentos, 377.

Machine Translated by Google

Preferencias alimentarias y trastorno del espectro autista, 62, 68. Véase también Apetito; Dieta
Psiquiatría forense, declaración de precaución para el uso del DSM-5, 29. Ver también Sistema legal Cuidado
de crianza y trastorno de compromiso social desinhibido, 300 Mutación del gen
FoxP2 , 51 Síndrome de X frágil,
59, 71 Francia, apnea central del
sueño en, 437 Frecuencia , de ocurrencia.
Ver también Criterios de duración
de síntomas depresivos en el trastorno depresivo mayor, 188 de trastorno
de insomnio, 413 de ataques de
pánico, 236, 237 de uso de
medidas sintomáticas transversales, 846, 851, 855
Friendships, 61, 233. Véase también Relaciones interpersonales Trastorno
neurocognitivo frontotemporal. Véase Trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve. Trastorno frotteurista, 779, 786–788
Consecuencias funcionales. Ver Funcionamiento
adaptativo; Deficits cognitivos; Funciones ejecutivas; trastornos específicos Movimientos funcionales (de conversión) y trastorno de movimientos
estereotipados, 92 Disfagia funcional, 376 Trastorno de síntomas neurológicos funcionales, 239,
313, 356, 360–364, 369, 336, 428
Trastorno de tics funcionales, 97 Rituales funerarios y trastorno de duelo prolongado , 326

Anomalías de la marcha, 724, 809. Véase también Caídas
Trastorno de juego, 543, 661–665, 914 Gamma-
glutamiltransferasa (GGT), 559 Trastornos
gastrointestinales, 375, 555 Género. Véase
también Disforia de género; Cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el género; Personas transgénero
trastorno de interés/excitación sexual femenina y creencias sobre roles, 491 actividades
de juego y, 663 trastorno
neurocognitivo mayor o leve debido a una lesión cerebral traumática y, 709 trastorno de autolesión
no suicida y, 924–925 expectativas de rol y trastorno
orgásmico femenino, 487 uso de término, 19

Tratamientos de afirmación de género, 511, 518
Asignación de género, 511, 518
Género atípico, uso del término, 511
Individuos de género diverso y experiencias de disfunción sexual, 478 Disforia de género,
276, 511–520, 800 Amnesia generalizada, 338,
339, 340 Comorbilidad del trastorno de
ansiedad generalizada y, 159, 221,
254 problemas de diagnóstico
relacionados con la cultura, 253 desarrollo y
evolución, 252 diagnóstico y características
asociadas de, 26, 216, 251 criterios de diagnóstico para, 250–
251 diagnóstico diferencial de, 149 ,
220, 234, 253–254, 355, 359 consecuencias funcionales de, 253 genética
de, 252 prevalencia de, 251–252 factores
de riesgo y
pronóstico, 252 cuestiones de
diagnóstico relacionadas con el sexo y
el género, 253 pensamientos o conductas suicidas, 253
Generalizado disfunciones sexuales, 477
Genética(s). Véase también Historia familiar;
Asesoramiento genetico; Prueba genética; Estudios de asociación de todo el genoma.
de TDAH, 71 de
enfermedad de Alzheimer, 693 de
anorexia nerviosa, 385

Machine Translated by Google

de trastorno del espectro autista, 64
de trastornos bipolares, 147
de trastorno del ritmo circadiano sueño-vigilia, 445, 447 de
trastorno de conducta, 535
de trastorno de identidad disociativo, 333
de disforia de género, 517-518 de
trastorno de ansiedad generalizada, 252
de trastorno del desarrollo intelectual , 44 de
trastorno del lenguaje, 49 de
narcolepsia, 426 de
trastornos neurocognitivos, 698, 728 de
enfermedades priónicas, 722–
723 de esquizofrenia, 118
de trastorno de ansiedad social, 232
de fobia específica, 227 de
trastornos por uso de sustancias, 557–558, 580 , 604, 648, 912 de
trastorno de conducta suicida, 922 de
trastornos de tics, 96
Asesoramiento genético, 833–834
Pruebas genéticas, 694, 728, 729
Trastorno de dolor/penetración genitopélvico, 493–498
Genocidio
constructo de raza y, 860
TEPT y, 310
Estudios de asociación de todo el genoma (GWAS), 71, 310
Alemania, prevalencia del
trastorno dismórfico corporal en, 273, 275
trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la infección por VIH en, 719
trastorno de ansiedad por enfermedad
en, 358 trastorno de autolesión no suicida en,
925 trastorno disfórico premenstrual en, 198
Escala de coma de Glasgow,
708 Escala de evaluación global del funcionamiento (GAF),
16 Estudio de carga global de enfermedad,
613 Retraso global del desarrollo, 35, 46, 56
Globus hystericus, 376
Glossolalia, 102
“Pegamento sarpullido del olfateador”,
603, 607 Actividad dirigida a objetivos y episodios
maníacos, 145 Gramática y trastorno del
lenguaje, 47–48 Delirios de grandiosidad,
101, 144, 904 Grandiosidad y trastorno de personalidad narcisista,
761, 764 Duelo y trastorno depresivo mayor , 142, 152, 184, 192. Véase también Duelo; Trastorno de duelo prolongado
Comportamiento motor extremadamente
desorganizado, 102
Demencia en Guam, 725 Culpa
trastorno por atracón y, 394 trastorno
depresivo mayor y, 186
Credulidad y trastorno del desarrollo intelectual, 43

Pérdida de cabello y tricotilomanía, 282
Muestras de cabello y trastorno por uso de estimulantes,
638 Haití y conceptos culturales de angustia, 874, 876–877
Alucinaciones. Ver también alucinaciones auditivas; Alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas abstinencia de
alcohol y, 565 síndrome de
psicosis atenuada y, 904 intoxicación por
cannabis y, 584 trastorno de
identidad disociativo y, 331, 336 cleptomanía y, 541
narcolepsia y, 424, 428

Machine Translated by Google

trastornos neurocognitivos y, 654 trastorno
de duelo prolongado y, 324, 327 trastornos
psicóticos y, 102, 128, 132 esquizofrenia y, 115,
118 abstinencia de sedantes,
hipnóticos o ansiolíticos y, 629–630 uso de “otros especificados” y “no
especificados” opciones, 22
Alucinógenos y flashbacks, 130
Trastornos mentales inducidos por alucinógenos, 594, 598, 600
Intoxicación por alucinógenos, 594
Trastorno de percepción persistente de alucinógenos, 598–600

Trastornos relacionados con alucinógenos. Ver Alucinógeno(s); Trastornos mentales inducidos por alucinógenos; Trastorno de percepción persistente de alucinógenos; Otra intoxicación por alucinógenos; Trastorno por consumo de otros alucinógenos; Trastornos mentales inducidos por fenciclidina; Intoxicación por fenciclidina; Trastorno por uso de fenciclidina; Trastorno no especificado relacionado con alucinógenos; Trastorno no especificado relacionado con fenciclidina
Daño, TOC y temores de, 264, 266 Tiroiditis
de Hashimoto, 96 Hachís, 577
Dolor de cabeza
y abstinencia de cafeína, 572–573, 574 Traumatismo
craneoencefálico y narcolepsia, 423, 426. Véase también Lesión cerebral traumática
Salud. Véase también Atención sanitaria; Comportamientos de mantenimiento de la salud; Condiciones médicas; Los determinantes sociales de la salud
trastorno del juego y, 665 trastorno
del desarrollo intelectual y, 46 aislamiento social y
problemas de comunicación en adultos mayores, 66
Cuidado de la salud. Véase también Acceso; Prácticas curativas alternativas; Sala de emergencias; Salud; Comportamientos de mantenimiento de la salud; Hospitalización; Medicamentos; Instalaciones residenciales; Curanderos
tradicionales que codifican problemas con, 832, 833–
834, 835 formulación cultural y, 862
trastorno facticio y, 368 trastorno
de ansiedad por enfermedad y, 358
trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a una lesión cerebral traumática y, 708 trastorno
por uso de opioides en profesionales médicos, 611 trastorno
de síntomas somáticos y utilización de, 352, 354 eventos traumáticos
y, 305 Administración de
Financiamiento de la Atención Médica, 24
Comportamientos de mantenimiento de la salud
trastorno de duelo prolongado y, 324
factores psicológicos que afectan otras afecciones médicas y, 365 esquizofrenia y,
121 Discapacidad auditiva,
49, 51, 344. Véase también Sordera, Insuficiencia cardíaca y
patrón respiratorio de Cheyne-Stokes, 437, 438, 439. Véase también Congestivo insuficiencia cardiaca; Enfermedad coronaria Frecuencia cardíaca
intoxicación por cafeína y, 570
abstinencia de tabaco y, 650
metales pesados. Ver Toxinas
Infecciones por hepatitis A, B y C, 612–613 Heroína
y trastornos relacionados con opioides, 610, 611, 618
Abstinencia de heroína, 550
Ganancia de bucle alto y apnea central del sueño, 436
Hikikomori, 875
Hinduismo y síndrome de dhat , 874
enfermedad de Hirschsprung, 442
hispanoamericanos. Véase también latinos; mexicanoamericanos; Trastorno por
consumo de alcohol racial y, 556
trastorno por consumo de cannabis y,
580 trastorno de dolor/penetración genitopélvico en, 496
diagnóstico erróneo de trastorno esquizoafectivo en, 124

Machine Translated by Google

apnea obstructiva del sueño en, 431
trastorno de pánico en, 239
trastornos relacionados con estimulantes en, 642
Trastorno de personalidad histriónica, 733, 741, 752, 756–760, 763, 771 VIH y
consumo de drogas, 613. Véase también Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido al VIH infección
Trastorno de acaparamiento, 264, 270, 277–281, 774
Trastornos
relacionados con el alcohol en personas sin
hogar y, 566
codificación de, 831 trastorno por uso
de inhalantes y, 604 Signo de Hoover y trastorno de síntomas neurológicos funcionales,
361 Tratamientos hormonales y trastorno disfórico premenstrual, 200. Ver también Estrógeno; Hospitalización por testosterona.
Véase también Sala de urgencias; Cuidado de la salud
abstinencia de alcohol y, 566 anorexia
nerviosa y, 384 delirio y, 676
trastorno por consumo
de opioides y, 614 Hostilidad y
trastorno de personalidad paranoide, 739 Hungría, y trastorno
por consumo de cafeína, 911, 912 Enfermedad de
Huntington, 207, 292. Véase también Mayor o leve trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Huntington Hwa byung, 876
Hiperactividad y
TDAH, 70. Véase también Hiper o hiporreactividad Hiperalgesia y trastorno por
consumo de opioides, 614 Hipercapnia e hipoventilación
relacionada con el sueño, 442 Hiper o hiporreactividad y trastorno
del espectro autista, 62. Véase también Hiperactividad Hiperparatiroidismo, 240, 241 Hipersensibilidad y
trastorno de personalidad evitativa, 765–
766 Hipersomnia, 154, 186. Véase también Somnolencia diurna Trastorno de
hipersomnolencia, 75, 417–421, 427 Hipertensión y apnea hipopnea
obstructiva del sueño, 430 Hipertermia y síndrome
neuroléptico maligno, 810

Hipertiroidismo, 161, 242, 245, 730. Véase también Trastornos de la tiroides
Hiperventilación y trastorno de pánico, 240 Hipnótico(s)
y trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, 472. Véase también Enfermedad mental inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. trastornos
Capacidad hipnótica y trastorno de identidad disociativo, 336 Trastorno del
deseo sexual hipoactivo, 490 Hipocondría, 350,
357, 358 Deficiencia de hipocretina y
narcolepsia, 423, 424, 426–427 Hipomanía y episodios hipomaníacos. Ver
también Episodios depresivos con hipomanía de corta duración.
trastorno bipolar II y, 153–155, 158 trastorno
ciclotímico y, 160 trastorno de
personalidad narcisista y, 764 Hipopnea, definición
de, 430 Eje hipotalámico-pituitario-
suprarrenal y trastorno depresivo mayor, 187 Hipotiroidismo, 207, 245. Véase también
Trastornos de la tiroides Hipoxemia e hipoventilación relacionada con
el sueño, 442

Identidad. Ver también Identidad cultural; Trastorno de identidad disociativo; Etnicidad; Trastorno de
personalidad autolímite y, 221, 753, 757 trastorno de identidad
disociativo y, 331, 333, 335, 337 género y, 511, 520 trastorno de
ansiedad por enfermedad
y, 358 Esquema para la formulación
cultural y, 861 funcionamiento de la personalidad y,
883, 895– 898

Machine Translated by Google

trastorno de duelo prolongado y alteración de, 323, 324, 325
racialización y construcción sociocultural de, 17
Apnea central idiopática del sueño, 436
Hipoventilación idiopática, 440, 443.
Clasificación y
características del trastorno de ansiedad por
enfermedad, 350
comorbilidad y, 360 cuestiones de
diagnóstico relacionadas con la
cultura, 359 desarrollo y evolución, 358 características
diagnósticas y asociadas de,
357–358 criterios diagnósticos para,
357 diagnóstico diferencial de, 359–360 trastorno de ansiedad debido
a otra condición médica, 260–261
trastorno dismórfico corporal, 276 trastorno de
despersonalización/
desrealización, 346 trastorno facticio,
367 trastorno de ansiedad generalizada, 254 trastornos
obsesivo-compulsivos y relacionados,
293 trastorno de ansiedad por separación, 221 trastorno de síntomas somáticos, 356
consecuencias funcionales de, 359
prevalencia de, 358
factores de riesgo y pronóstico, 358–359
Defensas inmaduras y trastorno de despersonalización/desrealización, 345
Inmigración e inmigrantes. Ver también Discriminación; Etnicidad; Trastornos de
adaptación racial y, 321 trastorno
por consumo de alcohol y, 558
trastorno de personalidad por evitación y,
766 trastorno de conducta y,
535 trastorno de pesadillas y,
459 Esquema para la formulación cultural y, 861
trastornos de personalidad en,
743 trastorno de
estrés postraumático y, 310 trastorno de
apego reactivo y, 297
esquizofrenia y, 116, 118
mutismo selectivo y, 223 trastorno de
ansiedad social y, 232–233 trastorno específico del aprendizaje y, 84
Medicamentos inmunosupresores y trastorno bipolar y relacionados inducidos por sustancias o medicamentos, 165
Deterioro. Ver también Déficits cognitivos; Angustia; Funciones ejecutivas,
trastorno de insomnio y, 411
TOC y, 269
trastorno de control de impulsos,
271
impulsividad,
TDAH y, 70 trastorno por consumo
de alcohol y, 558 trastorno de personalidad
antisocial y, 749 trastorno
bipolar II y, 155 trastorno límite de la personalidad
y, 753–754 falta de atención, y
TDAH, 70, 74 India, y conceptos culturales de angustia,
875, 878 grupos indígenas. Ver Nativos de Alaska; Indios americanos; Nativos americanos; Isleños del Pacífico
Exposición indirecta a eventos traumáticos, 305
Individualismo y categorías de trastornos mentales, 15
Indolaminas, 592
Indonesia y contexto cultural del trastorno de pesadillas, 459 Bebés.
Ver Edad; Niños; Síndrome de alcoholismo fetal; Trastorno por evitación/
restricción de la ingesta de alimentos durante el embarazo
en, 377, 378 dependencia de
opioides en, 614 trastorno de rumiación en, 374, 375

Machine Translated by Google

Infecciones. Véase también hepatitis; VIH; Infecciones estreptocócicas,
enuresis y 402 dolor
genitopélvico/trastorno de penetración y 495 narcolepsia y
426 trastorno por
consumo de opioides y 615

Infertilidad y disfunciones sexuales, 481, 483, 484, 504, 517 Procesamiento
de información y trastorno dismórfico corporal, 273 Fuentes de información
para el diagnóstico de trastorno de conducta, 533 Inhalantes, uso del
término, 603. Véase también Trastorno por consumo de inhalantes
Exposición a inhalantes (involuntario), 605
Trastornos mentales inducidos por inhalantes, 605, 607–608, 715
Intoxicación por inhalantes, 605–607
Trastornos relacionados con inhalantes. Ver Trastornos mentales inducidos por inhalantes; Intoxicación por inhalantes; Trastorno por consumo de inhalantes; No especificado
Trastorno relacionado con
inhalantes Trastorno por consumo de
inhalantes, 601–605, 717
Lesiones.
Consulte Accidentes Insight
anorexia nerviosa y, 383 trastorno dismórfico
corporal y, 272 trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve y, 696
trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados y, 265, 266 trastorno
esquizoafectivo y, 123 Insomnio y
trastorno de insomnio, 154, 186, 409 –417, 427–428, 434, 444, 450, 458 Instituciones. Ver Cuidado de
crianza; Hogares de ancianos; Instalaciones residenciales Síndrome de sueño
insuficiente, 421 Características del
trastorno del desarrollo intelectual de, 35
comorbilidad y, 45–46,
373 problemas de diagnóstico
relacionados con la cultura, 44 desarrollo y
curso de, 43–44 diagnóstico y características
asociadas de, 38–43 criterios de diagnóstico para,
37-38 diagnóstico diferencial de, 45
trastorno del espectro autista, 66
trastorno de coordinación del desarrollo, 88
trastorno exhibicionista, 785
trastorno frotteurista, 787
trastorno del lenguaje, 49
trastorno de oposición desafiante, 526
piromanía, 539
trastorno de la comunicación social, 56
trastorno voyeurista, 782
prevalencia de, 43
factores de riesgo y pronóstico, 44
auto -lesiones y, 90
cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el
género, 44 pensamientos o conductas
suicidas, 44 discapacidad intelectual, 46. Véase también trastorno del desarrollo intelectual; Trastorno del desarrollo intelectual no especificado Pruebas
de inteligencia (CI), 38, 42 Intensidad
de los síntomas en el trastorno de despersonalización/desrealización, 345 Trastorno
explosivo intermitente, 73, 182, 526–530, 536 Síntomas internalizantes
y trastornos relacionados con traumas y factores estresantes, 295 , 298 Clasificación Internacional
de Enfermedades, 10.ª Revisión (CIE-10), 6, 13, 23–24, 25, 505, 878. Véase también Códigos Clasificación Internacional de Enfermedades,
11.ª Revisión (CIE-11), 6, 11, 13 , 46, 914 Clasificación internacional de los trastornos del sueño, tercera
edición (ICSD-3), 407, 417, 421, 429, 435 , 439 , 443, 451, 457, 461, 468,
474

Machine Translated by Google

Trastorno de los juegos de Internet, 663, 913–916
Relaciones interpersonales. Ver también Amistades; Relaciones sociales
trastorno del espectro autista y, 61–62 disforia
de género y, 519 disfunciones
sexuales y, 488, 493, 497, 499, 500, 501, 502 trastorno de ansiedad social y,
233
Interseccionalidad y esquema para la formulación cultural, 861 Fuentes de
entrevistas de información sobre el trastorno del desarrollo intelectual, 42 Intimidad y funcionamiento
de la personalidad, 883, 895–898 Intoxicación, uso del término, 548.
Véase también Intoxicación por sustancias Síntomas de intrusión trastorno de
estrés agudo y, 315, 318
trastorno de ansiedad por enfermedad y 359
trastorno de identidad disociativo y 337
trastorno de estrés postraumático y 306 invalidismo
y trastorno de
ansiedad por enfermedad, 358 Irán, prevalencia de
encopresis en, 403 deficiencia de hierro y
síndrome de piernas inquietas, 466, 467. Véase también Dieta Tipo irregular de sueño-
vigilia del ritmo circadiano Trastornos del sueño-vigilia, 447–448 Irresponsabilidad y trastorno de
personalidad antisocial, 749 Síndrome del intestino irritable y trastorno del
interés/excitación sexual femenina, 493 Trastorno bipolar de irritabilidad II y, 156 Trastorno de
desregulación
disruptiva del estado de ánimo y,
178, 179, 181 trastorno de ansiedad generalizada y, 251 trastorno de oposición
desafiante y, 525 abstinencia de tabaco y, 650

Síndrome del intestino irritable, 355
Israel, prevalencia del
trastorno de ansiedad generalizada en 252
narcolepsia en 425
mutismo selectivo en 222
Italia, trastorno por consumo de opioides en 612
Puntuación basada en la “teoría de la respuesta al ítem” (IRT) y WHODAS, 854

Japón, prevalencia del
trastorno por consumo de alcohol
en, 558 trastorno por evitación/restricción de la ingesta de
alimentos en, 378 trastorno dismórfico
corporal en, 274 conceptos culturales de angustia en, 875,
878, 879 trastorno de síntomas neurológicos funcionales en, 362
narcolepsia en, 425
demencia vascular en , 705
Subtipo celoso, de trastorno delirante, 106
Celos y trastorno de personalidad paranoide, 739
Desfase horario y trastornos del ritmo circadiano del sueño y la vigilia, 446
Estramonio, 592
Síndrome de hipermovilidad articular, 88
Enfermedad de Huntington juvenil, 727

Karma y contexto cultural de eventos traumáticos, 311.
Kavá, 654
Ketamina, 588–589, 595
Khat, 635, 654
Gorra Khyâl (ataques de viento), 239, 244, 317, 875–876
Síndrome de Kleine-Levin, 373, 392, 421

Machine Translated by Google

Cleptomanía, 539–541
Corea, prevalencia de
conceptos culturales de angustia en 879
trastornos de tics en 96
Koro, 276–277, 875
Kratom (Mitragyna speciosa), 713
Kufungisisa, 876
Kuru (Nueva Guinea), 722

La belle indifférence y el trastorno de síntomas neurológicos funcionales, 362 Pruebas de
laboratorio. Ver Marcadores diagnósticos trastorno
por consumo de alcohol y, 558–559
consumo de cannabis y,
580 trastorno facticio y, 368
trastornos relacionados con alucinógenos y, 593
trastorno por consumo de inhalantes
y, 604 trastorno de insomnio y,
415 trastorno por consumo de
opioides y, 612 uso de fenciclidina y,
589 , 595 consumo de
sustancias y, 549 síndrome de Landau-
Kleffner, 49, 63 Lengua. Ver también Comunicación; Discurso
trastorno del espectro autista y déficits de, 59, 60 grupos
culturales y desarrollo de, 47 problemas
culturales en el trastorno específico del aprendizaje y, 83
definición de, 46–47
demencia y pérdida del bilingüismo, 688
Pruebas de
coeficiente intelectual y, 38 dominios
neurocognitivos y, 670 mutismo selectivo y no nativo, 222, 223
Trastorno del lenguaje, 47–49, 50, 66, 526
Variante del lenguaje, de trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve, 696, 697 Hipoventilación
central de aparición tardía con disfunción hipotalámica, 443 Comunidad latina. Véase
también hispanoamericanos; Mexicanos americanos trastorno de estrés agudo y, 317
trastornos relacionados con el
alcohol y, 563 enfermedad de Alzheimer
y, 692, 693 trastorno de juego y, 663, 664
trastornos neurocognitivos y, 687
trastorno por consumo de opioides y, 611
trastorno de estrés postraumático
y, 308, 310 síndrome de
piernas inquietas y , 466 trastorno de
ansiedad social y, 232–233 trastorno por
consumo de tabaco y, 647 uso de
términos en el DSM-5-TR, 18
Laxantes y bulimia nerviosa, 389 L-dopa y
trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, 204 Aprendizaje, y
dominios neurocognitivos, 670 Sistema jurídico.
Véase también Comportamiento delictivo; psiquiatría forense
consumo de cannabis y, 577, 579–580
codificación y, 832–833
trastorno facticio y responsabilidad, 369
trastorno explosivo intermitente y, 529 trastorno
pedófilo y, 795
Personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT). Ver también personas transgénero
dolor genitopélvico/trastorno de penetración y, 498
trastornos relacionados con el tabaco y, 648
Síndrome de Lesch-Nyhan, 43, 89, 91
Leucoencefalopatía y trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve, 705
Levamisol, 640

Machine Translated by Google

Escala de nivel de funcionamiento de la personalidad, 882, 891, 892, 895–898 Cuerpos
de Lewy. Ver Demencia con cuerpos de Lewy; Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy Esperanza de vida. Ver también
Tasas de mortalidad
codificación de problemas de fases de la vida, 834
estructura organizativa del DSM-5 y, 12 variación en el
sueño, 408
Estilo de vida, codificación de problemas relacionados con, 833.
Exposición a la luz y trastorno del ritmo circadiano durante el sueño y la vigilia, 447
Ceceo y trastorno de los sonidos del habla, 51
Litio, temblor inducido por, 817
Pruebas de función hepática, 559
Amnesia localizada, 338
Trastorno de soledad y duelo prolongado, 324
Personas que duermen mucho y trastorno de hipersomnolencia, 420
LSD (dietilamida del ácido lisérgico), 599

Pensamiento mágico y trastornos psicóticos, 115, 907.
Imágenes por resonancia magnética (MRI) y trastornos neurocognitivos, 698, 704, 708, 710, 716, 720
Características del trastorno
depresivo mayor de, 177
comorbilidad y, 192, 241, 250, 277, 396, 541 cuestiones de
diagnóstico relacionadas con la cultura, 189–190
desarrollo y evolución, 188–189 características
diagnósticas y asociadas de, 185–187 criterios de diagnóstico
para , 183–184 diagnóstico diferencial de,
191–192 trastornos de adaptación, 321
anorexia nerviosa, 386 trastornos
bipolares, 148, 157 trastorno
dismórfico corporal, 276 bulimia
nerviosa, 392 trastorno de despersonalización/
desrealización, 346 episodios
depresivos con hipomanía de corta duración y, 910 trastorno
de desregulación disruptiva del estado de ánimo, 182 trastorno de identidad
disociativo, 335 trastorno de ansiedad por enfermedad, 360
parkinsonismo inducido por medicamentos,
810 narcolepsia, 428 trastornos
neurocognitivos, 689, 695, 706
TOC, 270
trastorno depresivo persistente, 195–196 trastorno
disfórico premenstrual, 200 trastorno de duelo
prolongado, 327
PTSD y, 312
esquizofrenia, 120
disfunciones sexuales, 484, 492, 501 trastorno
de ansiedad social, 234 trastorno de
síntomas somáticos, 356
consecuencias funcionales de, 190 trastorno
de insomnio y, 415 cleptomanía y,
541 prevalencia de, 187–188
factores de riesgo y pronóstico,
189 trastorno esquizoide de la personalidad
y, 744 cuestiones de diagnóstico relacionadas con
el sexo y el género, 190 trastorno de ansiedad social y, 235

Machine Translated by Google

pensamientos o conductas suicidas, 190
episodios depresivos mayores. Véase también Episodios depresivos con hipomanía de corta duración, trastornos
relacionados con el alcohol y, 568 duelo y,
834 trastorno bipolar II y,
154 episodios depresivos con
hipomanía de corta duración y, 909 diagnóstico diferencial de, 280 duelo
distinguido de, 142, 152, 184 , 192
trastorno esquizoafectivo y 124 sonambulismo y 457

Trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve, 682, 695–699 Trastorno(s)
neurocognitivo(s) mayor(es) o leve(s). Ver también Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve; Trastornos neurocognitivos;
Codificación de trastorno neurocognitivo leve o mayor inducido por sustancias o
medicamentos, 682–683
comorbilidad y, 689–690
problemas de diagnóstico relacionados con la cultura,
687–688 desarrollo y evolución, 687
características diagnósticas y asociadas de, 685–686
criterios de diagnóstico para, 679–680
marcadores de diagnóstico para, 688–
689 diagnóstico diferencial de, 108, 539, 541, 689, 782, 785, 787
consecuencias funcionales de, 689
prevalencia de, 686–687
factores de riesgo y pronóstico, 687
relacionados con el sexo y el género problemas de
diagnóstico, 688
especificadores de, 684–
685 subtipos de, 654, 687 pensamientos o
conductas suicidas, 689 Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer, 682,
690–695, 726 Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a otra afección médica, 683, 729–730 Trastorno
neurocognitivo mayor o leve debido a la infección por VIH, 682, 717–721 Trastorno
neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington, 683, 726–729 Trastorno
neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy, 682, 699–702, 706, 725 Trastorno neurocognitivo
mayor o leve debido a múltiples etiologías, 683, 731 Trastorno neurocognitivo mayor o leve
debido a la enfermedad de Parkinson, 682, 702, 723–726 Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a
enfermedad priónica, 682, 721–723 Mayor o Trastorno neurocognitivo leve debido a lesión
cerebral traumática, 682, 706–712 Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve, 682, 702–706, 726
Maladi dyab, 876–877 Dolor genitopélvico masculino, 497 Trastorno del deseo sexual
hipoactivo masculino, 498–
501 Catatonia maligna y síndrome
neuroléptico maligno, 811 Simulación. Véase también
descripción y diagnóstico del trastorno facticio, 835 diagnóstico diferencial del
trastorno psicótico breve, 111 delirio, 678 amnesia
disociativa, 342 trastorno de identidad
disociativo, 337 trastorno de
excoriación, 287 trastorno facticio,
369

trastorno de síntomas neurológicos funcionales, 342
cleptomanía, 540
trastornos neurocognitivos, 711
trastornos del despertar del sueño no REM, 456
Trastorno de conducta del sueño REM, 464

Machine Translated by Google

trastorno de síntomas somáticos,
356 Desnutrición. Véase también Dieta;
Nutrición anorexia nerviosa y
383 trastorno por evitación/restricción de la ingesta de
alimentos y 377 trastorno de rumiación
y 374, 375 manía y episodios maníacos. Véase también
hipomanía, TDAH
y 149 , trastorno bipolar I y 143–144
dimensiones de la escala de gravedad de los síntomas de la psicosis calificadas por el
médico y 851 trastorno exhibicionista
y 785 trastorno frotteurista y 787
trastorno del juego y 665
cleptomanía y 544
trastorno depresivo mayor y , 191
trastorno narcisista de la personalidad y, 764
trastorno voyeurista y, 782
trastorno maníaco-depresivo, 139
Marginación. Ver también Discriminación; Esquema de opresión
para la formulación cultural y, 861 trastorno de
personalidad paranoide y, 739 marihuana.
Ver Matrimonio Cannábico.
Ver también Trastornos
bipolares familiares y, 147, 156
codificación de problemas relacionales y, 829
eyaculación precoz y formas arregladas de, 503 Mate
(yerba mate), 912 MDMA,
472, 508, 592, 593, 594, 597, 635 Volumen
corpuscular medio (MCV), 559 Condiciones
médicas. Véase también Asma; Trastornos autoinmunes; Benzodiazepinas; Cáncer; Desordenes cardiovasculares; Crónico
enfermedad pulmonar obstructiva; Enfermedad coronaria; Diabetes; Desordenes endocrinos; Salud; Enfermedad de Huntington; Infecciones;
Desordenes metabólicos; Esclerosis múltiple; Enfermedad de Parkinson; Ataque; Trastornos de la
tiroides agorafobia y, 250
trastorno del espectro autista y, 59
trastornos bipolares y, 150, 159
cannabis y, 577
catatonia y, 136-137
codificación de,
24 eyaculación retardada y, 480, 481
diagnóstico diferencial de
TDAH, 75
trastornos de adaptación, 322
anorexia nerviosa, 386
trastorno por evitación/restricción de la ingesta de
alimentos, 379 trastorno psicótico
breve, 110 trastorno de despersonalización/
desrealización, 347 trastorno de coordinación
del desarrollo, 88
encopresis, 405
enuresis, 401–402 trastorno de
hipersomnolencia, 421 trastorno
de ansiedad por enfermedad , 359 trastornos
neurocognitivos, 706, 711, 726 trastornos de la personalidad, 737, 740, 743–744, 757,
760, 767 , 770, 771, 775, 777
trastorno esquizoafectivo, 125
trastorno esquizofreniforme, 113 disfunciones
sexuales, 485, 488, 2 , 497, 501
hipoventilación relacionada con el
sueño, 442 trastorno de síntomas
somáticos, 355 trastorno de movimientos estereotipados, 92 trastornos por uso de sustancias,
130, 474, 564, 566–567, 574, 596, 607, 626, 630–631, 658 trastornos de tics, 97

Machine Translated by Google

tricotilomanía, 284
trastorno de excoriación y, 286, 287
trastorno facticio y, 369–370 trastorno
orgásmico femenino y, 487 trastorno de
interés/excitación sexual femenina y, 492 trastorno del
juego y, 665 trastorno de
acaparamiento y, 280 insomnio
y, 416 trastorno
depresivo mayor y , 187, 189 síntomas
maníacos y, 145 trastornos
neurocognitivos y, 712 trastorno de
pánico y, 242 trastorno
disfórico premenstrual y, 200 trastorno de duelo
prolongado y, 326 factores psicológicos
que afectan, 322 esquizofrenia y
comorbilidad, 121 trabajo por turnos
tipo de ritmo circadiano trastorno de sueño y vigilia y , 451 trastorno de
ansiedad social y, 235 fobia
específica y, 227 trastorno
depresivo inducido por sustancias/medicamentos y, 205 discinesia
tardía y, 815 terminología en
ediciones anteriores del DSM, 25–26 consumo de
tabaco y, 647, 649 Registros
médicos y datos ficticios trastorno, 368 sistema
Medicare y uso de códigos ICD-10-CM, 24 medicamento(s).
Ver también Antibióticos; Antidepresivos; Antipsicóticos; ansiolíticos; Benzodiazepinas; Trastornos inducidos por medicamentos; Inhibidores de la monoaminooxidasa; Estabilizadores del estado de ánimo; Anticonceptivos orales; Sobredosis; Polifarmacia; Sedantes; Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; Automedicación; Efectos secundarios; Estimulantes; Trastornos inducidos por medicamentos; trastornos específicos

Síntomas de TDAH inducidos por, 75
anorexia nerviosa y mal uso de, 384
trastorno del espectro autista y exposición en el útero a, 64
abstinencia de cafeína y, 574
catatonia y, 137
enuresis y, 402
trastorno del juego y dopaminérgico, 665
insomnio y, 417
episodios maníacos y, 145
obesidad como efecto secundario
de, 371 disfunciones sexuales y, 480, 481, 484, 492, 501, 508
trastornos del sueño-vigilia y, 456, 460, 463
tartamudez como efecto
secundario de, 53 trastorno psicótico inducido por sustancias/
medicamentos y, 129 tolerancia o abstinencia del uso apropiado de lo prescrito, 547,
548–549 Acatisia aguda inducida por medicamentos,
813–814 Distonía aguda inducida por medicamentos,
812–813 Trastorno agudo del movimiento inducido por
medicamentos, 816 Delirio inducido
por medicamentos, 675 Inducido por medicamentos
trastorno depresivo, 208 Síntomas maníacos o depresivos
inducidos por medicamentos, 168 Trastornos inducidos por medicamentos, tipos de afecciones e
información incluida en el texto sobre, 27 Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y antipsicóticos u otros agentes bloqueadores de los receptores de dopami
Síndrome de discontinuación de antidepresivos; Síndrome neuroléptico maligno; Acatisia tardía; Discinesia tardía; distonía tardía

Parkinsonismo inducido por medicamentos (MIP), 807–810, 816
Temblor postural inducido por medicación, 817

Machine Translated by Google

Meditación y despersonalización/desrealización, 345 Rasgos
melancólicos, como especificador, 171–172, 211–212 Memoria. Ver
también Déficits cognitivos amnesia disociativa
y, 329, 338, 339, 342–343 trastorno depresivo mayor y, 186
trastornos neurocognitivos y, 670, 685
trastorno de estrés postraumático y pérdida de,
307 intoxicación por sedantes,
hipnóticos o ansiolíticos y, 627 lesión cerebral traumática y , 313
Menopausia dolor genitopélvico/trastorno
de penetración
y, 497 trastorno de insomnio y, 413 apnea obstructiva del
sueño y, 432 esquizofrenia y, 119

Desordenes mentales). Véase también la definición de trastornos específicos de, 13–14, 29
reagrupación de en la revisión del DSM-5, 11–12
Trastorno mental debido a otra afección médica, 366 Trastornos
metabólicos, 132, 391 Metadona y
terapia de mantenimiento con metadona, 436, 508, 612 Metanfetamina (MDMA),
472, 508, 592, 594, 597, 635, 642, 714–715 Trastorno por consumo de metanfetamina, 547, 550
Metilfenidato y trastorno de ansiedad inducido por
sustancias/medicamentos, 257 mexicano-estadounidenses. Véase también hispanoamericanos;
latino
trastorno por atracón en, 394
demencia vascular en, 705
México, y uso religioso o espiritual de alucinógenos, 593 Meyer, Adolf, 5
Microagresiones y
racismo, 17 Trastorno neurocognitivo leve.
Ver Trastornos neurocognitivos mayores o leves; Trastornos neurocognitivos Despliegue militar y códigos, 830–831. Ver también
Deficiencias minerales de veteranos y pica, 372. Ver también Minorización de
la deficiencia de hierro. Ver Discriminación; Etnicidad; Diagnóstico erróneo de
la opresión. Ver también Sobrediagnóstico; Infradiagnóstico de TDAH como
trastorno bipolar II, 158 de trastorno de personalidad antisocial, 751 de
trastorno del espectro autista, 63, 65 de
trastornos bipolares, 148, 150, 335 de trastorno
de conducta, 535 conceptos culturales de
angustia y, 873 de trastorno explosivo
intermitente, 528 de trastorno
depresivo mayor, 190 de trastorno oposicionista
desafiante, 525 de esquizofrenia, 18, 116, 119,
147 Desconfianza. Véase también
Desconfianza

Entrevista de formulación cultural y, 863 trastorno
de personalidad paranoide y, 740 Características
mixtas, como especificador, 170–171, 211 Inhibidores
de la monoaminooxidasa y disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos, 507 Estado de ánimo. Ver
también Trastornos del estado de ánimo
trastornos bipolares en comparación con el trastorno de desregulación disruptiva del estado de
ánimo, 181 bulimia nerviosa y, 392
Dimensiones de la escala de gravedad de los síntomas de la psicosis calificadas por el
médico, 851 trastorno de insomnio
y, 412 episodios maníacos y, 143–144
trastornos neurocognitivos y, 684
PTSD y alteraciones negativas en, 306–307, 311

Machine Translated by Google

trastorno esquizoafectivo y, 122–123, 124
esquizofrenia y, 115
Trastornos del estado de ánimo y discinesia tardía, 815. Véase también Trastorno del estado de ánimo no especificado Estabilizadores del estado de ánimo y disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos, 507 Marruecos, trastornos de eliminación en, 400, 404 Mortalidad
tarifas. Véase también Muerte; Duración de la vida TDAH y 73 trastorno por consumo de alcohol y 558 anorexia nerviosa y 384 trastorno del espectro autista y 66 trastorno bipolar I y 150 bulimia nerviosa y 390 delirio y 677 trastorno depresivo mayor y 187 trastorno por consumo de opioides y 614 esquizofrenia y, 121 Actividad motora y catatonia, 135 Déficits motores y trastorno del espectro autista, 62 Trastornos motores. Véase también Trastorno de coordinación del desarrollo; Trastorno de movimientos estereotipados; Trastornos de tics característicos de, 36–37 narcolepsia y, 428 trastornos neurocognitivos y, 716, 729
Enfermedad de la neurona motora, 699 Estereotipias motoras, 97 Síntomas motores, de trastorno de síntomas neurológicos funcionales, 351. Véase también Trastorno psicomotor Tics motores, 94 Trastornos del movimiento. Véase
Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos MPTP (1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetrahidropiridina), 657
Sistema multiaxial, del DSM-IV, 15-16 Esclerosis múltiple, 149, 158, 167, 196, 361, 730 Prueba de Latencia Múltiple del Sueño (MSLT), 409, 419, 420, 423, 424, 426, 427, 428, 433 Atrofia multisistémica, 462, 464 Dismorfia muscular, 264, 272, 274, 277 Tensión muscular y generalizada trastorno de ansiedad, 251 Mutismo y comportamiento catatónico, 102, 342. Véase también Mutismo selectivo Infarto de miocardio y trastorno de síntomas somáticos, 351
Mioclono, 97 Distrofia miotónica, 423

Naloxona, 616
Siestas y siestas, y trastornos del sueño y la vigilia, 418, 419, 420, 423, 425, 448
Trastorno narcisista de la personalidad, 733, 741, 747, 751–752, 760–764, 775, 883, 887–888
Narcolepsia , 416, 420, 422–429, 433, 460 Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS), 23 Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA), 6 Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA), 6 Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), 6 nativos americanos. Véase también indios americanos; Carrera; Racismo Trastornos relacionados con
el alcohol en, 556, 563 Trastorno bipolar I en, 146 Diversidad y limitaciones de datos sobre, 19 Trastorno por consumo de opioides en, 611
Trastorno por consumo de tabaco en, 647
Iglesia Nativa Americana, 593
Nativos hawaianos
consumo de cannabis por, 585
trastorno por consumo de estimulantes en, 638
Afectividad negativa y rasgos de personalidad, 885, 888, 889, 893, 899.
Emocionalidad negativa y trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta, 522
Refuerzo negativo y trastorno de autolesión no suicida, 924

Machine Translated by Google

Síntomas negativos de esquizofrenia y trastornos psicóticos, 102–103, 117, 123 Negativismo y
comportamiento catatónico, 102 Negligencia.
Véase también Experiencias infantiles adversas; Abuso infantil; Trastorno de ingesta de
alimentos por evitación/restricción del abuso físico y, 378
codificación de, 824, 826–
827 trastorno de despersonalización/desrealización y, 345
trastorno de compromiso social desinhibido y, 299, 300 trastorno
de síntomas neurológicos funcionales y, 362 trastorno de
apego reactivo y, 297, 298 trastorno de rumiación
y, 375 Nervios (“nervios”), 877
“crisis nerviosa”, como
modismo cultural de angustia, 859 Países Bajos, prevalencia de
trastornos de eliminación en,
400, 404 disforia de género en, 516
trastorno de acaparamiento
en, 279 trastorno de pánico
en, 238
Neurastenia, 877, 878
Trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol (ND-PAE), 916–920 Déficits
neurocognitivos. Ver también Déficits cognitivos
TDAH y, 70
trastorno por uso de estimulantes y, 639
Trastornos neurocognitivos (ENT). Véase también enfermedad de Alzheimer; Delirio; Demencia; Trastorno(s) neurocognitivo(s) mayor(es) o leve(s);
Trastorno neurocognitivo leve o mayor inducido por sustancias o medicamentos; Características del trastorno neurocognitivo no
especificado de, 667
dominios cognitivos, 668, 669–671

diagnóstico diferencial del
trastorno de estrés agudo,
319 TDAH,
75 trastorno de
acaparamiento, 281 otros trastornos neurocognitivos, 678, 694, 698, 706 ,
726, 729,
730 trastorno de estrés
postraumático, 313
trastorno específico del aprendizaje, 85 memoria y, 342–343 sueño
con movimientos oculares rápidos trastorno de conducta y, 462,
464 intoxicación por
sedantes, hipnóticos
o ansiolíticos y, 628 uso de sustancias y, 545 uso de
término, 667 afecciones neurodegenerativas, 421, 463, 464 trastorno del neurodesarrollo
asociado con la exposición prenatal al alcohol, 99 trastornos del neurodesarrollo. Véase también Trastorno por déficit de atención con hiperactividad;
Desorden del espectro autista; Desordenes comunicacionales; Trastornos del desarrollo intelectual; Trastornos motores; Otros trastornos del
neurodesarrollo; Trastorno específico del aprendizaje
características de, 35–37
diagnóstico diferencial de, 73, 85, 167, 224, 280, 286, 689, 747 Inmadurez
del desarrollo neurológico, 87 Neurofibromatosis
tipo 1, 83 Neuroimagen. Ver
también Imágenes por resonancia magnética TDAH y, 72
síndrome de
psicosis atenuada y, 905 trastorno de insomnio
y, 415 trastorno depresivo mayor
y, 187 trastorno neurocognitivo vascular
mayor o leve y, 704 Síndrome neuroléptico maligno, 809, 810–811
Trastornos neurológicos. Véase también Trastorno de
síntomas neurológicos funcionales, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
y, 259

Machine Translated by Google

diagnóstico diferencial de, 49, 84–85, 92, 363, 658, 811 acatisia
aguda inducida por medicamentos y, 814 discinesia
tardía y, 815 signos neurológicos
leves, 87, 116 trastornos
neuromusculares, 88, 441 síntomas
neuropsiquiátricos de ENT debido a Enfermedad de Alzheimer, 691–692 Pruebas
neuropsicológicas y trastornos neurocognitivos, 685–686, 688, 701, 725 Neuroticismo. Véase
también Rasgos de personalidad, trastorno por
estrés agudo y 317 trastorno
depresivo mayor y 189 trastorno depresivo
persistente y 195 trastorno de estrés
postraumático y 309–
310 mutismo selectivo y 223
trastorno de síntomas somáticos y 353
Nueva Zelanda prevalencia de
anorexia nerviosa en 384
atracones -trastorno alimentario
en, 394 bulimia nerviosa en,
390 fase retrasada del sueño tipo de ritmo circadiano trastorno sueño-vigilia en, 444
trastorno del juego en, 664
Nicotina. Ver Tabaco
Nigeria, trastorno explosivo intermitente en, 529
Síndrome de alimentación
nocturna, 396 Pesadilla(s), 218, 325, 458. Véase
también Sueños Trastorno de pesadilla, 421,
455, 457–461 Óxido nitroso, 603,
654, 655 Subtipo solo nocturno, de enuresis, 399, 400, 401
Ataques de pánico nocturnos, 237, 243
Pruebas de tumescencia del pene nocturnas,
484 “Sin diagnóstico o condición”, como código, 803,
805 Falta de adherencia al tratamiento médico,
835 No alimentario, uso del
término, 372 Enuresis no monosintomática ,
399 Sueño sin movimientos oculares rápidos (NREM) y trastornos del despertar durante el sueño con movimientos oculares no
rápidos, 408, 452–457 Sueño
no reparador, 411 Trastorno de autolesión no
suicida, 923–926 Tipo de sueño-vigilia que no dura 24 horas, de los trastornos del sueño-vigilia
del ritmo circadiano, 448–450 Comunicación no verbal y trastorno del
espectro autista, 61 Noruega, prevalencia de los trastornos del
sueño-vigilia en,
413, 444 Delirio en
hogares de ancianos y, 676 trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor
o leve y, 698 Nutrición, y trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, 376, 377. Véase también Dieta

Obesidad. Véase también Índice de masa corporal; Asociaciones
de pérdida o aumento de peso entre trastornos mentales
y, 371 trastorno por atracón y, 394, 395
trastorno bipolar I y, 150
codificación de,
835 trastornos del sueño-vigilia y, 421, 425, 431, 432, 440, 441
Obsesiones, 263, 266. Véase también Obsesiones por la
contaminación, comorbilidad del trastorno
obsesivo-compulsivo (TOC) y, 271, 356,
387, 775 problemas de diagnóstico
relacionados con la cultura, 268 desarrollo
y curso, 267–268 diagnóstico y características asociadas
de, 266– 267 criterios de diagnóstico
para, 265–266 diagnóstico diferencial
de, 270–271 trastorno de
estrés agudo, 318 anorexia nerviosa, 387

Machine Translated by Google

trastorno del espectro autista, 67
trastorno por evitación/restricción de la ingesta de
alimentos, 380 trastorno delirante,
107–108 trastorno de despersonalización/desrealización,
346 trastorno de ansiedad generalizada,
254 trastorno de acaparamiento,
280–281 trastorno de ansiedad por
enfermedad, 359–360 trastorno de personalidad obsesivo-
compulsivo, 774 trastorno
pedófilo, 796
trastorno de estrés
postraumático, 312 esquizofrenia,
120 trastorno de ansiedad social, 235
trastorno de síntomas
somáticos, 356 fobia específica, 229
trastorno de
movimientos estereotipados, 92 trastornos de
tics, 97 consecuencias
funcionales de, 269–270 prevalencia
de, 267 factores de riesgo y pronóstico, 268 cuestiones de
diagnóstico relacionadas
con el sexo y el
género, 268–269
sonambulismo y, 457 especificadores de,
266 uso de sustancias y, 545 pensamientos o comportamientos
suicidas, 269 Características obsesivo-compulsivas, de anorexia nerviosa, 383 Trastorno de personalidad
obsesivo-compulsivo, 271, 733 , 744, 764, 771–775, 884, 888–889 Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados. Véase también Trastorno dismórfico corporal; Trastorno de excoriaci
Trastorno obsesivo compulsivo; Otros trastornos obsesivocompulsivos y relacionados especificados; Trastorno obsesivo compulsivo inducido por
sustancias/medicamentos; Tricotilomanía; Características no especificadas del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado, 263–
265 diagnóstico diferencial de,
270, 284, 286, 290, 379
Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados debido a otra afección médica, 291–293 Apnea hipopnea
obstructiva del sueño, 429–434, 438, 442, 464 Deterioro ocupacional.
Véase también Desempleo
TDAH en adultos y 73
trastorno por consumo de alcohol y
560 trastorno de personalidad antisocial y 749
trastorno de personalidad por evitación y 765–766
trastorno bipolar I y 148 códigos
para 830–831 trastorno
de personalidad dependiente y 769 amnesia
disociativa y 340 excoriación
trastorno y, 286 trastorno por
consumo de inhalantes, 603
trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington y, 728 apnea
hipopnea obstructiva del sueño y, 433 trastorno
esquizoide de la personalidad y, 742
Adultos mayores. Véase también Adultos;
Edad agorafobia en, 247
trastorno bipolar II en, 156
consumo de cannabis y,
579 trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia en, 446, 450
trastorno de despersonalización/desrealización en, 347
delirio y, 677
consecuencias para la salud del aislamiento social y problemas de comunicación en, 66 VIH
infección en, 720

Machine Translated by Google

trastorno de insomnio en, 413–414
memoria y, 342–343 apnea
obstructiva del sueño, hipopnea y, 431–432 ataques de pánico
en, 243 trastorno de pánico
en, 238 trastorno de duelo
prolongado en, 324 trastorno psicótico
debido a otra afección médica y, 133, 134 esquizofrenia en, 118 trastorno por uso de
sedantes, hipnóticos o
ansiolíticos y, 625 efectos secundarios de medicamentos y, 624 trastorno
de ansiedad social en, 231, 232, 233 trastorno
de síntomas somáticos en, 353 fobia específica en,
227, 228 discinesia tardía en, 815 –816
Trastorno de referencia olfativa, 276,
879 Omán, trastorno de síntomas
neurológicos funcionales en, 362 Mejoras en línea,
del DSM-5-TR, 28 Opioides. Véase también Trastorno por consumo de
opioides; Apnea central del sueño por abstinencia de
opioides y, 436, 438 eyaculación precoz y, 504 síndrome de piernas inquietas
y, 466 disfunción sexual y, 508 trastorno del
sueño inducido por sustancias/
medicamentos y, 471

Trastornos mentales inducidos por opioides, 614, 617, 619
Intoxicación por opioides, 614, 615–617
Trastornos relacionados con opioides. Ver Opioides; Trastornos mentales inducidos por opioides; Intoxicación por opioides; Trastorno por consumo de opioides; opioide
retiro; Trastorno no especificado relacionado con opioides.
Trastorno por consumo de opioides, 608–615. Véase también Opioides
Abstinencia de opioides, 614, 617–619
Comorbilidad del trastorno de oposición
desafiante y, 75, 82, 526–527, 537, 920 trastorno de
conducta y, 532, 534 problemas de
diagnóstico relacionados con la cultura, 525

desarrollo y curso de, 524 diagnóstico y
características asociadas de, 523–524 criterios de diagnóstico
para, 522–523 diagnóstico diferencial de,
73, 181–182, 221, 235, 525–526, 530, 536 encopresis y, 403 consecuencias funcionales
de , 525 trastorno
neuroconductual asociado con la exposición
prenatal al alcohol y, 920 prevalencia de, 524 características de riesgo y pronóstico de, 524–525
cuestiones de diagnóstico
relacionadas con el sexo y el género, 525
especificadores de, 523 Opresión. Ver también Discriminación;
Racismo, trastorno de
conducta y, 534 trastorno de identidad disociativo y, 334
enuresis y, 400 categorías y
sistemas raciales, 860 esquizofrenia en grupos
socialmente oprimidos
y, 118 consecuencias sociales del racismo y, 18

Anticonceptivos orales, 200, 204, 573
Salud bucal y trastorno por uso de estimulantes, 639
Movimientos orofaciales y discinesia tardía, 815.
Otros efectos adversos de la medicación, 819
Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica, 28

Machine Translated by Google

Intoxicación por otros alucinógenos, 596–598
Trastorno por consumo de otros alucinógenos, 590–594
Otro trastorno de insomnio, 417
Otros trastornos del movimiento inducidos por medicamentos, 818
Otro parkinsonismo inducido por medicamentos, 807
Otros trastornos del neurodesarrollo, 99
Otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, 275-276
Otro trastorno de ansiedad especificado, 261
Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado, 76
Otros trastornos bipolares y relacionados especificados, 168-169, 196
Otro delirio especificado, 678
Otro trastorno depresivo especificado, 196, 209-210
Otros trastornos especificados
conceptos culturales de angustia y 873 uso de
como opción de diagnóstico, 21, 22
Otro trastorno disruptivo, de control de impulsos y de conducta especificado, 541 Otro trastorno disociativo especificado, 244, 330, 342, 347–348, 464 Otro trastorno de eliminación especificado, 405 Otro trastorno de alimentación o trastorno alimentario especificado, 396 Otra disforia de género especificada, 520 Otros trastorno de hipersomnolencia especificado, 475 Otro trastorno de insomnio especificado, 416, 475 Otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica, 803–804 Otro trastorno del desarrollo neurológico especificado, 99 Otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado especificado, 264, 293–294 Otro trastorno parafílico especificado , 801 Otro trastorno de personalidad especificado, 733, 778 Otro espectro de esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico, 138 Otra disfunción sexual especificada, 509 Otro trastorno del sueño-vigilia especificado, 411, 476 Otros síntomas somáticos especificados y trastorno relacionado, 370 Otro trastorno de tics especificado, 93, 95, 98 Otros trastornos especificados relacionados con traumas y factores estresantes, 327–328 Otros (o desconocidos) trastornos mentales inducidos por sustancias, 655–656, 660 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), 655, 656–658 Otros (o desconocido) trastorno por uso de sustancias, 547, 652–656 Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas), 655–656, 658–660
Pruebas de sueño fuera del centro (OCST), 430 Esquema para la formulación cultural, 860–862 Esquemas de sobreconexión y despersonalización/ trastorno de desrealización, 345 Sobrediagnóstico. Véase también Diagnóstico erróneo
de trastorno de personalidad antisocial, 751 de
trastorno bipolar en niños, 177 de trastorno
explosivo intermitente, 528 de trastorno oposicionista
desafiante, 525 de esquizofrenia, 116
Sobredosis, de medicamentos o sustancias de abuso, 611, 614, 616, 625
Oxicodona, 612
Isleños del Pacífico
trastornos relacionados con el alcohol en,
563 consumo de cannabis y, 578,
585 trastorno por consumo de opioides y, 611
Dolor
consumo de cannabis y, 577
trastorno de excoriación y, 285 trastorno
de dolor/penetración genito-pélvico y, 494, 496 trastorno por consumo de
opioides y, 610 cambio de personalidad
debido a otra afección médica y, 777 trastorno de síntomas somáticos y, 351, 353

Machine Translated by Google

Pakistán y síndrome de dhat , 875 Palilalia,
94 Ataques de
pánico. Véase también Trastorno de pánico,
trastorno de estrés agudo y, 316, 318
agorafobia y, 246 definición
de, 215, 236

trastorno de despersonalización/desrealización y, 346
diagnóstico diferencial de, 245
trastorno de síntomas neurológicos funcionales y, 364 apnea
hipopnea obstructiva del sueño y, 434 trastorno de
pánico y, 216 trastorno de
ansiedad social y, 234 fobia específica
y, 225, 229 especificadores de, 242–
245
Comorbilidad del
trastorno de pánico y, 241–242
cuestiones de diagnóstico relacionadas con la
cultura, 239 descripción
de, 216 desarrollo y curso de, 238
diagnóstico y características asociadas de, 236–237 criterios
de diagnóstico para, 235–236
marcadores de diagnóstico de,
240 diagnóstico diferencial de, 240–241
trastorno de estrés agudo, 318
agorafobia, 249
trastorno bipolar I, 149
trastorno de despersonalización/desrealización, 346
trastorno de síntomas neurológicos funcionales, 364
trastorno de ansiedad generalizada, 254
trastorno de ansiedad por
enfermedad, 359 trastorno de pesadillas, 460
PTSD, 312
trastorno de ansiedad por separación,
229 trastorno de síntomas somáticos, 355
consecuencias funcionales de, 240
prevalencia de, 237
factores de riesgo y pronóstico, 238–239
cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el género, 239–240
Ideación paranoide e intoxicación por estimulantes, 641
Trastorno de personalidad paranoide, 733, 737–742, 747, 756, 764, 767 Parafilia,
definición de, 779 Trastornos
parafílicos. Véase también Trastorno exhibicionista; Trastorno fetichista; Trastorno frotteurista; Trastorno de masoquismo sexual;
Trastorno de sadismo sexual; Trastorno travesti; Características del trastorno
voyeurista de, 779–780
comorbilidad de, 783
diagnóstico diferencial de, 795, 798
Parasomnias, 402, 416, 421, 451, 456, 464. Véase también Trastornos del despertar del sueño por movimientos oculares no rápidos; Movimiento rápido de ojos
Trastorno de conducta del
sueño Padres y paternidad. Véase también Cuidado; Codificación
familiar de problemas relacionales, 829
trastorno de ansiedad generalizada y, 252
trastorno de pesadillas y, 459 TOC
y, 269 trastorno
de pánico y, 239 mutismo
selectivo y, 223 trastorno de
ansiedad por separación y, 219

Machine Translated by Google

Medida transversal de síntomas de nivel 1 del DSM-5 calificada por padres/tutores, 845, 846, 849–850 Parkinsonismo,
700. Véase también Parkinsonismo inducido por medicamentos Enfermedad de
Parkinson, 207, 423, 462, 464, 808, 809. Véase también Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson Paroxetina, 818
Discinesias
paroxísticas, 97 Rasgos patológicos
de la personalidad, 882, 891, 899–901 Síndrome
neuropsiquiátrico pediátrico de inicio agudo (PANS), 292, 379 Trastornos
neuropsiquiátricos autoinmunes pediátricos asociados con infecciones estreptocócicas (PANDAS)), 292, 428 Trastorno pedófilo, 779, 783,
792–796 Músculos del suelo pélvico y trastorno
de dolor/penetración genitopélvico, 494, 498 Pletismografía del pene, 795 Pen lom, 876
Pentazocina, 610 Percepción y
delirio, 676.
Véase también
trastorno de percepción persistente de alucinógenos, perfeccionismo y trastorno de personalidad obsesivo-
compulsivo, 772, 774 , trastorno de ansiedad social de tipo solo rendimiento, 230
perimenopausia y trastorno bipolar II, 157 movimientos periódicos de
las piernas durante el sueño (PLMS), 465 inicio en el
periparto. Véase también Embarazo de TOC, 269 como
especificador de trastornos bipolares y
relacionados,
173–174 como especificador de trastornos depresivos, 213 Subtipo
persecutorio, de trastorno delirante, 101 Persistencia.
Ver también Criterios de duración

trastorno de acumulación y, 278
de dificultades de aprendizaje,
79 como especificador de trastornos de adaptación, 320
Trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos), 93–98
Trastorno de duelo complejo persistente, 903
Trastorno depresivo persistente, 177, 191, 193–197, 200, 327, 764
Cambio de personalidad debido a otra condición médica, 775–778, 782, 785, 787
Trastorno de personalidad debido a otra condición médica, 733

Desorden de personalidad. Véase también Trastorno de personalidad antisocial; Desorden de personalidad evasiva; Trastorno límite de la personalidad; Trastorno
de personalidad dependiente; Trastorno de personalidad histriónica; Trastorno de personalidad narcisista; Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo;
Otro trastorno de personalidad especificado; Trastorno de personalidad paranoide; Rasgos de personalidad; Trastorno esquizoide de la personalidad;
Trastorno esquizotípico de la personalidad; Modelo alternativo del trastorno de personalidad no especificado en
el DSM-5, 881–883, 891, 893, 894 grupos y clasificación de, 734
comorbilidad y, 197, 343, 347, 364
cuestiones de diagnóstico relacionadas con la
cultura, 736 definición de, 733 desarrollo y
curso de, 735–736
criterios de diagnóstico para, 734–735, 881–
883 características de diagnóstico de, 735 diagnóstico
diferencial de, 736–737 trastornos
de adaptación, 322 TDAH, 75 trastorno del
espectro autista, 67 trastornos
bipolares,
150, 158 trastorno psicótico breve,
111 bulimia nerviosa, 392 trastorno
de identidad disociativo, 336
trastorno del juego, 665
pica, 373 trastorno de estrés postraumático,
312 trastorno de ansiedad
por
separación,
221, 234–235

Machine Translated by Google

modelos dimensionales para,
734 cuestiones de diagnóstico relacionadas con el
sexo y el género, 736 Trastorno de personalidad: rasgo especificado
(PD-TS), 881, 890, 891 Psicopatología de la
personalidad cinco
(PSY-5), 893 Rasgos de
personalidad, intoxicación por alcohol y, 563 definición
y descripción de, 892–894, 899–901 trastornos
disruptivos, de control
de impulsos y de conducta, 522, 532 trastorno de
identidad disociativo y, 331, 332–333 Escala de nivel de
funcionamiento de la personalidad,
895–898 patológico, 882, 883, 899– 901
trastornos de
personalidad y patrones de, 735 trastorno
de estrés postraumático y, 309–310
trastorno esquizoide de la personalidad y, 744 trastorno de
ansiedad
social y, 232 omnipresencia, de rasgos patológicos de
personalidad, 882 peyote, 593 fenciclidina, 165. Véase también
trastorno por uso de fenciclidina mental inducido por
fenciclidina trastornos, 590, 596, 600 Trastorno psicótico
inducido por fenciclidina, 128, 129
Intoxicación por fenciclidina,
584, 590, 594–596, 639 Trastorno por uso de
fenciclidina, 587–590 Fenilalquilaminas, 592 Estímulo
fóbico y fobia
específica, 225 Abuso físico. Véase también Abuso
infantil; Codificación de abuso
sexual de, 822–823 trastorno de
despersonalización/
desrealización y, 345 amnesia disociativa y, 339 trastorno de identidad disociativo y, 334 trastorno facticio y, 369 TOC y, 268
Síntomas físicos. Ver también Trastornos y síntomas cardiovasculares; Síntomas somáticos
anorexia nerviosa y, 385–386
trastorno de pánico y, 240
trastorno de ansiedad por separación y,
218 Pica, 371–
373 síndrome de Pisa,
812 Juego y trastorno de estrés
postraumático en niños, 309 Neumotórax y trastorno
por uso de estimulantes, 639 Polifarmacia y sustancias/medicamentos trastorno
psicótico inducido, 129 Polisomnografía y trastornos del sueño-vigilia, 408–409, 414–415, 419, 421, 426 , 430, 432 , 433 , 438, 441, 455, 463,
473, 701 Pornografía y trastornos parafílicos, 779, 788, 791, 795
Tomografía por emisión de positrones (PET),
701 Posesión y estados de trance, 102, 317, 331, 332, 340. Véase también Creencias
sobrenaturales Síntomas posconmocionales y trastorno de estrés
agudo, 316, 319 Psicosis
postictal, 133 Período posparto y trastorno bipolar II, 156–
157 Psicosis posparto, 148
Amnesia postraumática debido a una lesión cerebral, 336, 341–
342 Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
comorbilidad y, 313, 324, 327, 343, 356
cuestiones de diagnóstico relacionadas con la
cultura, 310–311 desarrollo y evolución,
308–309 diagnóstico y características asociadas de,
305–308 criterios de diagnóstico
para, 301–304 diagnóstico diferencial
de, 312 –13 trastorno de estrés agudo, 318
TDAH, 74
trastornos de adaptación, 321–322

Machine Translated by Google

agorafobia, 250
trastorno bipolar I, 149
trastorno de identidad disociativo, 335
trastorno eréctil, 485

trastorno de ansiedad generalizada,
254 trastorno de pesadillas,
460 trastorno de oposición desafiante,
526 trastornos de la
personalidad, 737 trastorno de
duelo prolongado,
327 esquizofrenia, 120 trastorno de
ansiedad por separación, 221
trastorno de ansiedad social, 229
consecuencias funcionales de, 311–312
trastorno explosivo intermitente y 529
neurocognitivo trastornos y, 712
trastorno de pesadillas
y, 459 prevalencia de, 308 factores de
riesgo y pronóstico, 309–310 cuestiones de
diagnóstico relacionadas con el sexo y
el género, 311 pensamientos o conductas suicidas, 311
inestabilidad postural y alteración de la
marcha (PIGD), 724 pobreza. Consulte las Pautas de práctica del estatus socioeconómico para la evaluación psiquiátrica
de adultos (Asociación Estadounidense
de Psiquiatría), 5, 15 Síndrome de Prader-Willi, 286, 423 Pragmática, definición
de, 54. Consulte también Trastorno de la comunicación social Embarazo y complicaciones del parto. Véase también Síndrome de alcoholismo
fetal; Bebés; Período posparto; Psicosis
posparto trastorno por consumo
de alcohol y, 558, 559
abstinencia de cafeína
y, 573 consumo
de cannabis y, 580
consumo de cocaína y, 639 TOC y,
268 pica y, 372, 373
síndrome de piernas
inquietas y, 467 esquizofrenia y, 118
Prejuicio. Consulte Sesgo Eyaculación precoz, 501–504
Trastorno disfórico premenstrual, 159, 191,
197–200 Síndrome premenstrual, 159, 199–200 Escala de
calificación del
síndrome de tensión premenstrual, 199
Trastorno de ansiedad por enfermedad de preocupación y,
357, 359 trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados y , 263 trastorno de duelo prolongado y, 323, 325
Disforia de género de inicio prepuberal, 516
Prevalencia. Véase también información
contextual sobre trastornos específicos en el DSM-5-TR,
26, 27 inclusión de datos sobre grupos etnoraciales específicos, 18–19
Trastorno mental primario, uso del término en DSM-IV, 25
Enfermedad priónica. Consulte Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a enfermedad
priónica Síntomas prodrómicos de esquizofrenia,
115 Revisión profesional y proceso de revisión para el DSM-5, 8–9
Parálisis supranuclear progresiva, 699
Trastorno de duelo prolongado, 221, 295, 308, 322–327, 903
Propofol, 654
Hipertrofia prostática, 485
Prostatitis y eyaculación precoz, 503, 504

Machine Translated by Google

Diagnóstico provisional, uso de como modificador, 24
Trastorno de tic provisional, 93–98
Pseudocataplexia, 428
Psilocibina, 592, 593
Trastorno de ansiedad indexado por psilocibina, 257
Consorcio de genómica psiquiátrica, 922
PsychiatryOnline.org, 28 Abuso
psicológico, 825, 827 Angustia
psicológica y disfunciones sexuales, 481, 497. Véase también Angustia Factores psicológicos que
afectan otras afecciones médicas, 364–367 Medicina psicológica (revista), 11 Trastorno
psicomotor, 135, 186. Véase también Síntomas
motores Psicopatía , 748, 885 Factores estresantes psicosociales. Véase también
Estado socioeconómico;
Trastorno dismórfico corporal por estrés y, 275 eyaculación retardada y, 480
trastorno de dolor/penetración genitopélvico y,
496 trastorno de rumiación y, 375

Desórdenes psicóticos). Véase también el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, síndrome
de psicosis atenuada y, 904 consumo de cannabis y,
582 síntomas catatónicos
de, 137 diagnóstico diferencial del
trastorno de estrés agudo, 318
TDAH, 75 trastorno de evitación/
restricción de
la ingesta de alimentos, 380 trastorno dismórfico corporal,
276 delirio, 677–678 trastorno de
despersonalización/
desrealización, 346 trastorno de coordinación del desarrollo,
85 trastorno de identidad disociativo, 335–336
trastorno de ansiedad por enfermedad, 360
trastorno depresivo mayor, 191–192
TOC, 270 trastorno depresivo persistente, 196
trastornos de
personalidad, 737, 743, 747 prolongado
trastorno de duelo, 327 trastorno psicótico
debido a otra afección médica, 134
trastorno de estrés postraumático, 313 mutismo selectivo, 224 trastorno de
ansiedad por
separación, 221 tricotilomanía,
284

heterogeneidad y evaluación calificada por el médico, 104 trastorno
de personalidad paranoide y, 739 trastorno por uso
de estimulantes y, 636 uso de sustancias
y, 545
Trastorno psicótico debido a otra afección médica, 108, 125, 131-134
Características psicóticas, como especificador, 173, 212-213
Psicoticismo, como rasgo de personalidad, 887, 889, 893, 901.
Disforia de género de inicio puberal/pospuberal, 517
Revisión pública y proceso de revisión del DSM-5, 8–9
Conductas purgativas y bulimia nerviosa, 389
Trastorno purgativo, 396
Piromanía, 537–539

Calidad de vida

Machine Translated by Google

trastorno dismórfico corporal y, 275
encopresis y, 404
trastorno de acumulación y, 280
trastorno de ansiedad por enfermedad y,
359 trastorno de insomnio y, 415
apnea obstructiva del sueño y hipopnea y, 433
TOC y, 269
trastorno de pánico y, 240
síndrome de piernas inquietas y, 467
trastorno de síntomas somáticos y, 352

Carrera. Véase también afroamericanos; Nativos de Alaska; Indios americanos; asiático-americanos; Nativos americanos; Nativos hawaianos; Isleños del Pacífico; Racialización; Racismo, trastorno por consumo de
alcohol y, 556 consumo de cannabis
y, 578 definición de, 860
trastorno de estrés
postraumático y,
308 como construcción social, 17
Racialización y grupos racializados. Véase también Etnicidad; Carrera; Racismo
bulimia nerviosa y, 391 riesgo
cardiovascular y apnea hipopnea obstructiva del sueño, 435 dolor genito-
pélvico/trastorno de penetración y, 497 trastorno de estrés
postraumático y,
308 esquizofrenia y, 118, 119
construcción sociocultural de la identidad y, 17 uso del
término en el DSM-5-TR , 18 Racismo.
Ver también Discriminación; Opresión; Carrera
trastorno de conducta y, 535
trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y,
180 se centran en el DSM-5-TR, 18–
19 trastorno de ansiedad generalizada y, 253
impacto de en los trastornos mentales, 860
impacto de en el diagnóstico psiquiátrico, 17–18
trastorno explosivo intermitente y , 528 trastorno
depresivo mayor y, 189, 190 trastorno de pánico
y, 238, 239 trastorno de personalidad
paranoide y, 739, 740
PTSD y, 310
proceso de revisión para DSM-5 y, 11
trastorno de ansiedad social y, 232
trastornos relacionados con el tabaco y, 648
Ramelteon y trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, 472 Ciclos
rápidos, como especificador, 146, 155, 161, 171 Sueño
con movimientos oculares rápidos (REM), 408
Trastorno de conducta del sueño con movimientos oculares rápidos, 456, 460,
461–464 Fenómeno de Raynaud ,
419 Reacción, uso del término e historia del sistema DSM, 5
Trastorno de apego reactivo, 74, 295–298, 379 Trastorno de
estrés agudo
por reactividad y, 316 PTSD y, 307
Trastorno de lectura
y aprendizaje específico, 83–84 Distorsiones de la realidad,
y síndrome de psicosis atenuada, 906–907 Prueba de realidad, intoxicación por
fenciclidina y, 596
abstinencia de sedantes, hipnóticos o
ansiolíticos y, 629 Motivo de la visita y diagnóstico principal, 24
Capacidad receptiva y déficits del lenguaje, 47
Procedimientos de registro. Consulte Recuperación de
codificación. Véase también recurrencia;
Recaída; Remisión

Machine Translated by Google

trastorno depresivo mayor y, 188
trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a lesión cerebral traumática y, 709
síndrome neuroléptico maligno y, 811
esquizofrenia y, 117
Recurrencia. Véase también
Recaída del trastorno bipolar
II, 155 del trastorno exhibicionista,
784 del trastorno frotteurista,
786 del trastorno depresivo mayor,
188 del trastorno
de estrés postraumático, 309 del
trastorno de sadismo sexual,
791 del trastorno voyeurista, 781
Reexperimentación. Véase
también Flashbacks, trastorno de estrés agudo y, 317,
trastorno de percepción persistente de
alucinógenos, y, 598, trastorno de duelo prolongado, y, 327, de eventos traumáticos, 306, 309, 313.
Delirios referenciales, 101, 745
Remisión a especialista en salud mental por trastorno de síntomas somáticos,
352 Refugiados. Ver Inmigración e inmigrantes

Trastorno de regurgitación y rumiación, 374
Recaída. Véase también recurrencia; Remisión
de agorafobia, 248 de
trastorno por consumo de
alcohol, 557 de trastorno psicótico
breve, 110 de trastorno de
juego, 663 de trastorno del sueño inducido por sustancias/
medicamentos, 473 Religión. Ver también Diferencias culturales; Hinduismo;
Rituales; Espiritualidad
consumo de alcohol y, 563 trastorno por evitación/
restricción de la ingesta de alimentos
y, 378 trastorno psicótico breve y,
110 codificación de
problemas con, 834–835 delirios y, 101 trastorno de
despersonalización/desrealización y, 345
pensamiento y habla
desorganizados, 102
alucinaciones y, 119 uso de
alucinógenos y, 593 obsesiones
relacionadas con, 268 trastornos
parafílicos y, 789 persecución por
estrés postraumático, 310 trastornos de
personalidad y, 746 trastorno disfórico premenstrual y, 198 disfunciones
sexuales y, 480, 482, 487, 491, 495,
499, 502 , 503 trastorno de conducta suicida
y, 922 remisión. Ver
también Recuperación; Recaída
de agorafobia, 248 de trastorno por
consumo de alcohol, 557 de trastorno de
personalidad antisocial,
750 de trastorno límite de la
personalidad, 755 de bulimia
nerviosa, 390 de trastornos depresivos, 214 de
trastorno de juego, 663 de
trastornos del estado de ánimo y especificadores de 175,
214 de trastorno de ansiedad social, 232 de trastornos por uso de sustancias y especificadores de 547 conductas repetitivas

Machine Translated by Google

trastorno del espectro autista y, 58, 59, 60, 61–62, 65, 67, 298 adicciones
conductuales y, 543 trastorno
dismórfico corporal y, 272–273 trastorno de
excoriación y, 287 trastornos
obsesivo-compulsivos y relacionados, 263 trastorno de
movimientos estereotipados y , 89–90, 92
Agenda de investigación para DSM-V, A (2002), 6
Instalaciones residenciales y trastorno de movimientos estereotipados, 90
Síntomas residuales de esquizofrenia, 115 Resiliencia
y esquema para la formulación cultural, 861 Trastornos
respiratorios, 239, 240, 259, 582. Véase también Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
Gasto de energía en reposo y anorexia nerviosa, 385 Síndrome de
piernas inquietas, 402, 416, 464–468 Inquietud y
acatisia aguda inducida por medicamentos, 813, 814 Eyaculación retrógrada,
481 Deterioros de la memoria
retrospectiva y amnesia disociativa, 338 Síndrome de Rett, 43, 59, 63, 67, 91
Parkinsonismo inducido por medicamentos
para la
rigidez y, 808–809, 810 síndrome neuroléptico maligno y, 810
trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo y,
773
Factores de riesgo y pronóstico, uso de información contextual sobre, 26–27. Véase también Pensamientos y conductas suicidas; Trastornos específicos Rituales.
Ver también Espiritualidad
consumo de cafeína y, 572 trastorno
de síntomas neurológicos funcionales y, 353 trastornos obsesivo-
compulsivos y relacionados y, 263 trastornos parafílicos y, 789

Rumania, prevalencia de trastornos mentales en 219, 529
Trastorno de rumiación, 374–375
Fugiciones y trastornos de conducta, 533

Tristeza y trastorno depresivo mayor, 185
Trastorno de ansiedad inducido por salbutamol, 257
Salvia divinarum, 592
Síndrome de Sanfilippo, 43
Sarna, 287
Trastorno esquizoafectivo, 108, 120, 121–125, 149, 158, 192, 271
Trastorno esquizoide de la personalidad, 733, 741–744, 747, 775
Esquizofrenia,
trastorno por consumo de alcohol y, 24,
561 consumo de cannabis
y, 582 catatonia y, 136
comorbilidad y, 121, 271, 561
problemas de diagnóstico relacionados con la
cultura, 118–119 desarrollo y curso, 117–118
diagnóstico y características asociadas de, 26 , 115
criterios de diagnóstico para, 113–115
diagnóstico diferencial de, 129–121
anorexia nerviosa, 386
trastorno del espectro autista, 67
trastorno bipolar I, 158
trastorno delirante, 108
trastorno de despersonalización/desrealización, 346
trastorno de identidad disociativo, 335–336
trastorno exhibicionista, 785
trastornos relacionados con alucinógenos y 594
trastorno depresivo mayor, 191–192

Machine Translated by Google

narcolepsia, 428
trastornos de la personalidad, 751 trastorno esquizoafectivo, 125
mutismo selectivo, 224
trastorno de ansiedad social, 235 trastorno voyeurista, 782
consecuencias funcionales de, 119
diagnóstico erróneo de, 18, 116, 119, 147 síntomas negativos de, 102
prevalencia de, 116–117
factores de riesgo y pronóstico, 118
cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el género, 119 pensamientos o conductas suicidas, 119 espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Véase también Trastorno psicótico breve; catatonia; Desorden delirante; Trastorno psicótico debido a otra condición médica; Trastorno esquizoafectivo; Esquizofrenia; Diagnóstico diferencial del trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, 229, 280, 380, 520 características clave que definen, 101-103
Trastorno esquizofreniforme, 24, 108, 110, 111–113, 120, 191
Clasificación del trastorno esquizotípico de la personalidad de, 104 cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura, 746
definición de, 733 características diagnósticas y asociadas de, 745–746, 884 criterios de diagnóstico para, 744 –745, 889–890 diagnóstico diferencial de, 67, 120, 747–748, 756, 764, 906
prevalencia de, 746 factores de riesgo y pronóstico, 746 Escuelas. Véase también Educación trastorno de conducta y, 533
trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y, 180 trastorno por uso de inhalantes y, 603 trastorno de ansiedad por separación y, 218, 221 trastorno de ansiedad social y, 233 trastorno específico del aprendizaje y, 84 Comité de Revisión Científica (SRC), 9 Escocia, neurología funcional trastorno de síntomas en, 362 Patrón estacional, como especificador, 174–175, 214, 335 Ganancia secundaria y trastorno de síntomas neurológicos funcionales, 362 Características sexuales secundarias y disforia de género, 514 Secreto y atracones, 388 Sedantes, 472, 560
Trastornos mentales inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, 625–626, 628, 631–632, 716. Véase también Sedantes no especificados, trastorno relacionado con hipnótico o ansiolítico
Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, 564, 584, 614, 616, 626–628
Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, 561, 620–626 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, 567, 619, 625–626, 628 –631
Convulsiones y trastornos convulsivos. Véase también Epilepsia, trastorno por consumo de alcohol y, 559 amnesia disociativa y, 342 trastorno de identidad disociativo y, 337 trastorno de síntomas neurológicos funcionales y, 361 abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y, 629, 630–631 relacionado con el sueño, 456, 460, 464 lesión cerebral traumática y, 708, 709
Amnesia selectiva, 338 Mutismo selectivo, 51, 66, 215, 222–224, 234 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), 487, 814, 818
Auto. Véase también Trastorno de despersonalización/desrealización de la identidad y, 343–344.

Machine Translated by Google

trastorno de identidad disociativo y sentido de, 331
Autoestima
anorexia nerviosa y, 383
trastorno de personalidad por evitación y, 765–766
encopresis y, 403
trastorno eréctil y, 482 episodio
depresivo mayor y, 142, 152, 184 episodios maníacos
y, 144 trastorno de
personalidad narcisista y, 761, 764 eyaculación precoz
y, 504
Autoinmolación y contexto cultural del trastorno de adaptación, 321 Autolesión.
Ver también Trastorno de autolesión no suicida
anorexia nerviosa y, 386
trastorno del espectro autista y, 60, 62
trastorno límite de la personalidad y, 754
catatonia y, 135
codificación de,
822 trastorno de identidad disociativo y, 332
trastorno facticio y, 369 trastorno
del desarrollo intelectual y, 45 pica y, 373 visión
rápida trastorno
de conducta de sueño y movimiento y, 462, 463 trastorno de movimiento
estereotipado y, 37, 89, 90
Automedicación y trastorno de pánico, 241
Autoinformes de trastorno de conducta, 533
Trastorno de sensibilización y uso de estimulantes, 636
Fenómenos sensoriales y TOC, 267.
Síntomas sensoriales, del trastorno de síntomas neurológicos funcionales, 361.
Trastorno de ansiedad por separación, 215, 217–221, 228, 234, 241, 249, 254, 327, 756, 770
Enfermedad mental grave, definición de 615
Anomalías serotoninérgicas y trastorno explosivo intermitente, 528

Química sérica y anorexia nerviosa, 385 Trastorno
grave por sustancia desconocida, 547 Gravedad,
medidas y evaluación de, 842. Véase también Dimensiones calificadas por el médico de la gravedad de los síntomas de la psicosis; Especificadores
Sexo, uso del término,
19 Cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el género, 19. Véase también
trastornos específicos, trastornos de ansiedad y, 228, 233, 239–240,
244, 249, 253 trastornos bipolares y relacionados y, 147–148, 156–
157, 167 trastornos depresivos y, 180, 190, 208
trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta y, 525, 535, 537
trastornos disociativos y, 334
trastornos de eliminación y, 401, 404
trastornos de alimentación y alimentación y, 373, 378,
391 trastorno del juego y 664
disforia de género y 518
trastorno del juego en Internet y 915
trastornos neurocognitivos mayores y leves, 688–689, 693 trastornos
del desarrollo neurológico y 44, 65, 72, 84, 96 trastornos obsesivo-
compulsivos y relacionados y , 268–269, 274, 280 trastornos parafílicos y, 782,
797 trastornos de la personalidad y, 736,
740, 755–756, 759, 763, 766, 770 piromanía y, 538 espectro de esquizofrenia
y otros trastornos
psicóticos y, 119 disfunciones sexuales y , 497, 501, 503, 508 trastornos del
sueño-vigilia y, 414, 433, 441, 454, 459, 462, 466–
467 síntomas somáticos y trastornos relacionados y, 354–355, 363

Machine Translated by Google

trastornos por uso de sustancias y, 558, 563, 573, 580, 593, 612, 638, 645
trastorno de conducta suicida y, 922
trastornos relacionados con traumas y factores estresantes y, 311, 317–318, 326
Cirugía de reasignación de sexo, 512
Sexsomnia, 453
Abuso sexual
anorexia nerviosa y, 386
trastorno de personalidad antisocial y, 751
trastorno límite de la personalidad y, 755
codificación de, 823–
824 trastorno de despersonalización/desrealización y, 345
amnesia disociativa y, 339 trastorno
de identidad disociativo y, 334 trastorno por
consumo de opioides y, 612
trastorno disfórico premenstrual y, 199
PTSD y, 305, 311
Comportamiento sexual y episodios maníacos, 145
Disfunciones sexuales. Ver también Eyaculación retardada; Trastorno eréctil; Trastorno orgásmico femenino; Interés/excitación sexual femenina
trastorno; Trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino; Otra disfunción sexual especificada; Eyaculación precoz; Disfunción
sexual inducida por sustancias/medicamentos; Características de disfunción sexual no especificadas
de, 477–478 trastorno fetichista
y, 797–798 trastorno por consumo de
opioides y, 614 consumo de
sustancias y, 545
Antecedentes sexuales y trastorno eréctil, 482
Trastorno de masoquismo sexual, 779, 788–790, 798
Trastorno de sadismo sexual, 779, 790–792
Shenjing shuairuo, 354, 877–878 Shen-
k'uei, 875 Trabajo
por turnos y trastornos del sueño-vigilia, 416, 427, 450–451 Trastorno
de insomnio a corto plazo, 417 Shubo-
kyofu, 274 Evitación
de la
timidez trastorno de personalidad y, 766
mutismo selectivo y, 223
trastorno de ansiedad social y, 233
Los efectos secundarios de los
medicamentos aumentan con la
edad, 623–624 trastornos mentales inducidos por sustancias/
medicamentos y, 551 Tics motores simples y tics
vocales simples, 94 Soltera Tomografía computarizada por emisión de
fotones (SPECT), 701 Insomnio situacional/agudo,
413, 415–416 Trastorno de la piel y
excoriación, 285 “Skin-popping” y uso de
opioides, 613 Esclavitud, raza e historia
de, 860 Sueño. Véase también Trastornos
del sueño-vigilia, trastorno de estrés
agudo y, 315 definición de
términos, 409 delirio
y, 676 trastorno depresivo mayor y, 186
episodios maníacos y, 144
enuresis nocturna y movimientos oculares rápidos, 400
trastorno de estrés
postraumático y, 307, 311 trastorno de
ansiedad por separación y , 218 Síndromes de apnea del sueño y narcolepsia, 427, 429. Véase también Apnea
hipopnea obstructiva del sueño “Ataques de
sueño” y narcolepsia, 427
Privación del sueño, 427, 459 Diarios de sueño, 411, 420, 445,
447, 448, 449, 451 , 473 Inercia del sueño y trastorno de
hipersomnolencia, 318 Insomnio de inicio del sueño e insomnio de mantenimiento del sueño, 411

Machine Translated by Google

Parálisis del sueño, 424–425, 426, 458
Comportamiento alimentario relacionado con el sueño, 453, 454, 455, 456

Hipoventilación relacionada con el sueño, 439–443
Comportamiento sexual relacionado con el
sueño, 453 Tipo de terror nocturno, trastornos del despertar del sueño con movimientos oculares no rápidos, 452, 453, 454, 455,
460 Trastornos del sueño-vigilia. Ver también Trastornos del sueño relacionados con la respiración; Trastornos del ritmo circadiano durante el sueño y la vigilia; hipersomnolencia
trastorno; Trastorno de insomnio; Narcolepsia; Trastorno de pesadilla; Trastornos del despertar del sueño por movimientos oculares no rápidos; Trastorno de la conducta
del sueño con movimientos oculares rápidos; Síndrome de piernas inquietas; Trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos
TDAH y, 75 enfoques
para la clasificación de, 407 asociación con
pensamientos o conductas suicidas, 409 inducido por cafeína, 574
comorbilidad y, 408 diagnóstico
diferencial de, 408, 445, 474
conceptos y términos clave, 408–409 trastornos
neurocognitivos y, 702, 712 consumo de
sustancias y, 545

Sonambulismo y trastornos del despertar del sueño con movimientos oculares no rápidos, 452–453, 454, 457 Enfermedad
de vasos pequeños, 704
Tabaquismo. Ver Consumo de
tabaco Ronquidos y apnea-hipopnea del sueño, 431, 432, 433, 434 Esnifar
y consumo de opioides o cocaína, 614, 635 Ansiedad social y
trastorno esquizotípico de la personalidad, 745–74 Características del trastorno de
ansiedad social, 216
comorbilidad y, 159 , 768
conceptos culturales de angustia y,
879 características de diagnóstico relacionadas
con la cultura, 232–233 desarrollo y curso de, 231–232
características diagnósticas y asociadas de, 230–
231 criterios de diagnóstico para, 229–230 diagnóstico diferencial
de, 233–235

trastorno de personalidad por evitación, 767
agorafobia, 249 anorexia
nerviosa, 387 trastorno por
evitación/restricción de la ingesta de alimentos, 379 trastorno
dismórfico corporal, 276 trastorno de
ansiedad generalizada, 254
TOC, 254
trastorno de oposición desafiante, 526
trastorno de pánico, 241
mutismo selectivo, 224
trastorno de ansiedad por separación, 221
trastorno de la comunicación social, 55 fobia
específica, 228
consecuencias funcionales de, 233 genética
de, 232 eyaculación
precoz y, 503 prevalencia de, 231 riesgo
y factores de pronóstico,
232 cuestiones de diagnóstico relacionadas
con el sexo y el género, 233 especificadores de, 230
pensamientos o
conductas suicidas, 233
Cognición social y dominios neurocognitivos, 671.
Comunicación social y trastorno del espectro autista, 58, 59, 60
Trastorno de la comunicación social, 35–36, 54–56, 66

Machine Translated by Google

Costumbres sociales y consumo de cafeína, 572
Determinantes sociales de la salud. Véase también Acceso; Desarrollo de
atención médica del DSM-5-TR y, 16
narcolepsia y exposición diferencial a, 426 Esquema
para la formulación cultural y, 861 raza y exposición
diferencial a, 18, 431 factores de riesgo para
trastornos neurocognitivos, 687
Dominio social, del funcionamiento adaptativo, 42
Reciprocidad socioemocional y trastorno del espectro autista, 60–61 Función social.
Ver Relaciones sociales Aislamiento social
anorexia nerviosa
y, 386 consecuencias para la
salud de los adultos mayores, 66 narcolepsia y, 427
trastornos del despertar
del sueño por movimientos oculares no rápidos y, 455 tasas de
esquizofrenia y, 118 trastorno de
ansiedad social y crónico, 235
Redes sociales y trastorno de conducta, 533
Redes sociales y formulación cultural, 861. Véase también Apoyo a las relaciones
sociales. Ver también Amistades; Relaciones interpersonales; Aislamiento social; Apoyo trastorno de personalidad por
evitación y, 765–766 trastorno dismórfico corporal y,
276 trastorno límite de la personalidad y,
753 codificación de problemas relacionales, 828–
830 trastorno de excoriación y, 286 trastorno de
interés/excitación sexual femenina
y, 491 trastorno de dolor/penetración genito-pélvico y, 498
trastorno explosivo intermitente y, 529 trastorno de oposición
desafiante y, 525 trastorno esquizoide de la
personalidad y, 742 mutismo selectivo y, 223
trastorno de ansiedad social y, 234 Reglas
sociales, de comunicación, 54
Retraimiento social y conceptos
culturales de angustia, 875 Sociocultural
contexto. Véase también Contexto cultural de la agorafobia, 247 de
condiciones comórbidas en el trastorno bipolar II, 159 desarrollo del DSM-5-TR y 16
del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo,
180

de trastorno orgásmico femenino, 487
trastorno del desarrollo intelectual y 44 de trastorno
disfórico premenstrual, 199 de trastorno de estrés
postraumático,
310 de trastorno de ansiedad social,
231 de fobia específica, 226
estado socioeconómico
trastorno por consumo de alcohol y
557 codificación de 831
a 832 trastorno depresivo mayor y 190
trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol y 919 trastorno
específico del aprendizaje y 82 trastorno
por uso de estimulantes y 637
trastornos relacionados con el tabaco y
649 sociopatía, 748
subtipo somático, de trastorno delirante, 101 síntoma(s)
somático(s). Ver también Síntomas físicos; Síntomas somáticos y trastornos relacionados.
del trastorno de despersonalización/desrealización, 344

Machine Translated by Google

de trastorno de duelo prolongado, 324 de trastorno de
estrés postraumático, 311
Características del trastorno de
síntomas somáticos de,
349 comorbilidad y, 356, 364
conceptos culturales de angustia y, 878
cuestiones de diagnóstico relacionadas con
la cultura, 354 desarrollo y curso de,
353 características diagnósticas y asociadas de, 351–
352 criterios de diagnóstico
para, 351 diagnóstico diferencial de , 254, 355–356, 359, 363–364, 366–367, 498
consecuencias funcionales de, 355
prevalencia de, 352–353
factores de riesgo y pronóstico, 353–354
cuestiones de diagnóstico relacionadas con el sexo y el
género, 354–355 tendencias suicidas pensamientos o comportamiento, 355
Síntoma somático y trastornos relacionados. Véase también Trastorno facticio; Trastorno de síntomas neurológicos funcionales; Trastorno de ansiedad por enfermedad; Otros síntomas somáticos especificados y trastornos relacionados; Trastorno de síntomas somáticos; Síntoma somático no especificado y trastorno relacionado
clasificación y características de, 349–351 diagnóstico
diferencial de, 369
Trastorno de somatización, 350, 353
Trastornos somatomorfos, 349
“Pérdida del alma”, como síndrome cultural, 239, 879
Corea del Sur, prevalencia de
trastorno por consumo de alcohol
en, 558 encopresis
en, 403 juegos de Internet
en, 914 trastorno de conducta del sueño con movimientos
oculares rápidos en, 462 síndrome
de piernas inquietas en, 465 España, prevalencia
de ataques de pánico en, 243 Intereses especiales y trastorno
del espectro autista, 62 Específicos del desarrollo trastorno de la
función motora, 86 Trastorno específico del aprendizaje, 36,
45, 53, 76–85, 689 Fobia específica, 159, 216, 221, 224–229, 234, 241, 249,
270, 379 Especificadores. Véase
también Codificación para trastornos
de adaptación, 320 para trastorno de sueño-vigilia del ritmo circadiano en fase avanzada del
sueño, 446 para trastorno del espectro autista,
36, 59–60 para trastornos bipolares y relacionados,
169–175 para trastorno dismórfico
corporal, 272 para sueño central
apnea, 436 para trastorno de
conducta, 532–533 información contextual en el
DSM-5-TR en, 26 para trastornos
depresivos, 210–214 para amnesia
disociativa, 338 como elemento
de diagnóstico, 21 para trastorno
exhibicionista, 783 para trastorno
fetichista, 796 para trastorno
frotteurista, 786 para trastorno
del juego, 662 para disforia de
género, 513 para trastorno de
acaparamiento, 278 para trastornos del desarrollo
intelectual, 38 para trastornos neurocognitivos mayores y
leves, 684 para trastornos del neurodesarrollo,
37 para apnea hipopnea obstructiva del sueño, 429 a 430
para TOC, 266
para trastorno de oposición desafiante, 523
para ataques de pánico, 242–245

Machine Translated by Google

para trastornos de personalidad, 555, 565, 886, 887, 888, 889–890 para
trastorno de ansiedad social, 230 para
fobias específicas, 225 para
trastornos por uso de sustancias, 470, 547, 555, 565, 576, 588, 592, 602, 622 , 634, 646, 653 para
trastornos de tics, 93
para trastorno travesti, 790 uso de
manual y, 22 trastorno
voyeurista y, 781 Espectro, uso de
término, 60 Habla. Ver también
Comunicación; Lenguaje, pensamiento desorganizado
y, 102 trastorno de síntomas
neurológicos funcionales y, 361, 362 trastorno de personalidad
histriónica y, 758 episodios maníacos y, 144
trastorno esquizotípico de la
personalidad y, 745 trastorno de los sonidos del
habla, 50–51 Lesión de la médula
espinal y trastorno eréctil, 485 Espíritus, e
interpretaciones culturales de los delirios, 118, 124. Véase también Creencias sobrenaturales.

Espiritualidad. Véase también Religión; Codificación de
creencias sobrenaturales de problemas
con, 834–835 contenido de obsesiones y compulsiones,
268 trastorno de despersonalización/desrealización y, 345
trastorno de pesadillas y, 459
trastornos parafílicos y, 789
trastorno de duelo prolongado y, 326
factores psicológicos que afectan otras afecciones médicas y, 366 trastorno de
estrés postraumático
y, 311 Sri Lanka, y prevalencia de encopresis, 403
Srog rlung gi nad,
Estabilidad, de rasgos patológicos de personalidad, 882
Medidas estandarizadas
de funcionamiento adaptativo,
42 para trastorno del espectro autista,
62 de desarrollo del lenguaje, 47
para trastorno disfórico premenstrual, 199 Tasa
de mortalidad estandarizada (SMR) y suicidios relacionados con opioides, 613
Respuestas de
sobresalto para trastorno de estrés
agudo y 316 para trastorno de ansiedad
generalizada y 251
para PTSD y , 307 Estereotipo(s). Ver también Trastorno de movimientos estereotipados.
enfoque centrado en la persona para la evaluación cultural y, 862
racismo como determinante social de la salud y, 18
trastorno específico del aprendizaje y,
84 movimientos estereotipados y TOC, 270
trastorno de movimientos estereotipados, 37, 66–67, 89–92, 284, 286, 926
Estereotipias y trastorno del espectro autista, 61
Esteroides, 168, 203, 277. Véase también Trastorno por uso de esteroides anabólicos; Corticoides
Estigma y estigmatización
contexto cultural de las respuestas familiares y comunitarias a las enfermedades mentales,
16 disforia de género y 519
trastorno de dolor/penetración genitopélvico y 496 trastorno
de pánico y 238 autolesiones
y 924 trastorno de
síntomas somáticos y 354 estimulantes. Ver
también Trastornos relacionados con estimulantes

Machine Translated by Google

bulimia nerviosa y, 392 insomnio
y, 417 narcolepsia y,
424 ataques de pánico y,
241 trastornos inducidos por
sustancias/medicamentos y, 165, 203, 204, 472, 715 trastornos mentales inducidos por
estimulantes, 639–640, 642, 644 Intoxicación por estimulantes , 639,
640–642 Trastornos relacionados con
estimulantes, 632–640, 913. Véase también Estimulantes; Trastornos mentales inducidos por estimulantes; Trastorno no especificado relacionado con estimulantes
Abstinencia de estimulantes, 639–640, 643–644, 818
Infecciones estreptocócicas y trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, 292 Estrés. Véase
también Trastornos de adaptación a factores
estresantes psicosociales y, 320, 322
anorexia nerviosa y, 384 trastorno
límite de la personalidad y, 754 trastorno de
despersonalización/desrealización y, 345 amnesia disociativa
y, 342 trastorno de síntomas
neurológicos funcionales y, 362 trastorno de insomnio y, 413
Esquema para la formulación
cultural y 861 trastorno de pánico y 238 trastorno de
personalidad paranoide y 740,
741 trastorno de personalidad esquizoide y 744 trastorno
de personalidad esquizotípica y 748 trastorno de
ansiedad por separación y 219 disfunciones sexuales
y 485, 491, 495, 499, 502 trastorno por uso de
estimulantes y, 637 trastornos de tics y, 96 Accidentes
cerebrovasculares, 167, 437, 439, 704
Pruebas de Stroop, 714
Racismo estructural, 18 Estupor,
conducta catatónica
y, 102 delirio y, 676
síndrome
neuroléptico maligno y, 810
Tartamudez. Consulte
Trastorno de fluidez de inicio en la niñez Cambios
isquémicos subcorticales, 704 Informes subjetivos, de trastorno
de insomnio, 411 Abuso de sustancias.
Véase también Cannabis; Cocaína; metanfetamina;
Opioides; Sobredosis; Trastornos por uso de sustancias; Tabaco
sistema de recompensa cerebral y,
543 trastorno de despersonalización/desrealización y, 345
trastorno eréctil y, 484 trastorno
de interés/excitación sexual femenina y, 492 trastorno
depresivo mayor y, 189 trastorno del deseo
sexual hipoactivo masculino y, 501 episodios maníacos y,
145 trastorno de pesadillas y,
460–461 piromanía y, 539 trastorno del
sueño inducido por
sustancias/medicamentos y, 473–474 trastornos inducidos por sustancias.
Ver Abuso de sustancias; Intoxicación por sustancias; Trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos;
Trastornos por uso de sustancias; Abstinencia de sustancias
Intoxicación por sustancias, 545, 548–550, 674, 717, 782, 785, 787, 796
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, 216, 241, 245, 254, 255–258, 260
Trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos, 149, 158, 161, 162-165, 196

Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos, 161, 191, 196, 201-206
Insomnio o hipersomnia inducido por sustancias/medicamentos, 416, 434

Machine Translated by Google

Trastorno neurocognitivo leve o mayor inducido por sustancias o medicamentos, 682, 712–717
Trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos, 25, 287, 336, 346–347, 544, 548, 550–553
Trastorno neurocognitivo inducido por sustancias o medicamentos, 556
Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducido por sustancias/medicamentos, 264, 287–291, 293
Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, 108, 121, 126–131, 134, 584, 907
Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos, 488, 504– 509
Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, 468–
474 Trastornos relacionados con sustancias. Véase también Trastornos relacionados con el alcohol; Trastornos relacionados con la cafeína; Trastornos relacionados con el cannabis; Trastorno por consumo de cocaína; Trastornos relacionados con alucinógenos; Trastornos relacionados con inhalantes; Trastornos no relacionados con sustancias; Trastornos relacionados con los opioides; Otros trastornos (desconocidos) relacionados con sustancias; Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; Trastornos relacionados con estimulantes; Trastornos inducidos por sustancias;
Trastornos por uso de sustancias; Trastorno relacionado con el tabaco Trastornos por uso de sustancias. Véase también
comorbilidad por
abuso de sustancias y, 159, 250, 271, 392, 581
características diagnósticas de, 544, 545, 546–547 diagnóstico diferencial de TDAH, 74–75
anorexia nerviosa, 386 trastorno psicótico breve, 110 trastornos de la personalidad, 737, 739 , 744, 747, 751, 757, 760, 764, 767, 771, 775, 777
trastorno por consumo de fenciclidina, 590
trastorno de hipersomnolencia y 421 trastorno explosivo intermitente y 530 juegos de Internet y 914
trastornos neurocognitivos y 712, 717 oposicionista desafiante trastorno y, 526–527 trastorno por uso de otras sustancias (o desconocidas) y, 655 factores psicológicos que afectan otras afecciones médicas y, 366
piromanía y, 539 trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos
distinguidos de, 550 lesión cerebral traumática y, 710
abstinencia de sustancias, 545, 548–550, 675
Subtipos de anorexia nerviosa, 382 de apnea central del sueño, 436 de trastorno de conducta, 532
información contextual en DSM-5-TR sobre, 26 de trastorno delirante, 106 como elemento de diagnóstico, 21 de encopresis, 402 –403 de enuresis, 399 de trastorno exhibicionista, 783
de trastornos neurocognitivos mayores y leves, 684, 687 de narcolepsia, 423 de cambio de personalidad debido a otra condición médica, 776 de trastorno de personalidad - rasgo especificado, 890 de disfunciones sexuales, 477, 479 , 482, 486, 487, 491 de hipoventilación relacior
“Muerte súbita por olfateo”, 604, 607
Trastorno de sugestibilidad y personalidad histriónica, 758
Trastorno de conducta suicida, 920–923, 926
Pensamientos o conducta suicida. Ver también trastornos específicos
Enfermedad de Alzheimer y, 694
trastornos de ansiedad y, 220, 228, 233, 240, 245, 249, 263
trastornos bipolares y relacionados y, 148, 157
trastorno límite de la personalidad y, 754
codificación de, 822 información contextual en DSM-5-TR, 27
trastornos depresivos y, 190, 195, 199, 205, 208 episodios depresivos con hipomanía de corta duración y, 909 trastornos disociativos y, 334, 340

Machine Translated by Google

trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta y, 535–536, 538–539
trastornos de la alimentación y de la alimentación
y, 386, 395 trastorno del juego
y, 664 disforia de género y, 518–519
Trastorno de los juegos de Internet y,
916 trastorno de personalidad narcisista y, 763
trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol y, 919 trastornos
neurocognitivos y, 689, 710–711, 728 como nueva
sección en DSM-5-TR, 19–20 trastornos
del desarrollo neurológico y, 44, 65, 72, 84, 96 trastorno de
autolesión no suicida y, 925, 926 trastornos obsesivo-
compulsivos y relacionados y, 269, 274–275 piromanía y, 538–539
espectro de esquizofrenia y
otros trastornos psicóticos y, 119, 125, 133 trastornos del sueño-vigilia y, 409, 415,
459 disfunciones sexuales y, 488, 492, 504
síntomas somáticos y trastornos relacionados
y, 355, 363 trastornos por uso de sustancias y, 556, 559–560,
562, 563, 580, 597, 604, 613, 625, 638–639, 649 trastornos relacionados con traumas y factores estresantes
y, 311, 321

Intentos de suicidio, 921
creencias sobrenaturales y explicaciones culturales. Véase también Posesión;
Contenido de espíritus de obsesiones y
compulsiones, 268
delirios y 101 trastorno de despersonalización/
desrealización y 345 de trastorno del desarrollo
intelectual, 44 narcolepsia y parálisis del
sueño, 426 trastornos de
personalidad y
76 trastorno de estrés postraumático y 310 alimentación suplementaria y trastorno de
evitación/restricción de la ingesta de alimentos. , 377 Módulos
complementarios, para Entrevista de Formulación Cultural, 863 Apoyo y redes
de apoyo, 58, 310. Ver también Relaciones sociales
Cirugía y trastorno dismórfico corporal, 273 Suspicacia y trastorno de
personalidad
paranoide, 738,
739 Susto, 878–879
Suvorexant, 472 Suecia, prevalencia del tipo de trastorno del sueño-vigilia del ritmo
circadiano en la fase retrasada del sueño en, 444
trastorno de coordinación del
desarrollo en, 87 trastorno
exhibicionista en, 784 trastorno del juego en, 664 trastorno psicótico
debido a otra afección médica en, 132
comportamiento
suicida en pacientes con TOC ,
269 trastornos de tics en, 96 trastorno travesti en, 799 trastorno voyeurista en, 781
Suiza, prevalencia del síndrome
de psicosis atenuada en 905 eyaculación
precoz en 503 trastorno de
conducta del sueño con movimientos oculares rápidos en 462
Síncope y trastorno de síntomas neurológicos funcionales, 361
Corea de Sydenham, 96, 292
Obsesiones por la simetría, 264, 266
Síncope y narcolepsia, 428
Cannabinoides sintéticos, 577, 583
Opioides sintéticos, 610
Amnesia sistematizada, 338

Machine Translated by Google

Racismo sistémico, 17-18

Taquipnea y síndrome neuroléptico maligno, 810
Taijin kyofusho, 233, 274, 879
Taiwán, prevalencia del
trastorno de conducta en, 535–536
trastorno de coordinación del desarrollo en, 87
Trastorno de juegos de Internet en, 916
Trastorno de conducta del sueño con movimientos oculares rápidos
en, 462 Trastorno de ansiedad por separación en, 220
Miocardiopatía de Takotsubo, 365 Acatisia
tardía, 816 Discinesia tardía,
92, 814–816 Distonía tardía, 816 Preferencias
de objetivos y trastornos
parafílicos, 779 Factores temperamentales. Consulte Rasgos de
personalidad Arrebatos de temperamento y trastorno de
oposición desafiante, 523 Epilepsia del lóbulo temporal y trastorno psicótico
debido a otra afección médica, 132 Patrones temporales. Véase también Duración; Tiempo de trastorno psicótico
debido a otra afección médica, 132 de trastorno
esquizoafectivo, 124 Terminología, uso de en DSM-5-TR, xxi, 25-26 Testosterona
y trastorno del deseo sexual hipoactivo
masculino, 500 THC. Ver Temas delta-9-tetrahidrocannabinol,
de obsesiones y compulsiones, 264, 266 Déficits de la teoría de la mente y trastorno
del espectro autista, 62 Eficacia terapéutica y conceptos
culturales de angustia, 872 "Pensar demasiado", como concepto
cultural de angustia , 876 Pensamientos y pensamiento. Véase también
Pensamiento desorganizado; Pensamiento mágico; Pensamientos o conductas
suicidas.
delirios y, 101 trastorno
de juego y, 662 duelo y, 142, 152,
184 trastorno depresivo mayor
y, 186 trastornos obsesivo-compulsivos y
relacionados y, 264, 266
Trastornos de la tiroides y disfunciones sexuales, 493, 501, 503, 504. Véase también Hipertiroidismo; Hipotiroidismo Trastornos de tics. Ver también trastorno de Tourette
características de, 37
comorbilidad y, 97–98, 271 cuestiones
de diagnóstico relacionadas con la cultura, 96
desarrollo y curso de, 95 criterios de
diagnóstico para, 93 características
de diagnóstico de, 93–95 diagnóstico
diferencial de, 91–92, 97, 270 consecuencias
funcionales de, 96–97 TOC y, 266 prevalencia
de, 95 factores de
riesgo y pronóstico, 95–
96 cuestiones de diagnóstico relacionadas con
el sexo y el género, 96 especificador relacionado con tics
para TOC y, 264 Tiempo. Ver también Patrones
temporales atracones y, 393 consumido por
obsesiones y compulsiones,
267 fase retrasada del sueño tipo de trastorno del ritmo
circadiano sueño-vigilia y, 444

trastorno de despersonalización/desrealización y alteración del proceso, 344 intensidad
máxima de los ataques de pánico y, 242–243
Tabaco. Véase también Trastorno por consumo de tabaco.

Machine Translated by Google

TDAH y, 71 trastorno
de pánico y ataques de pánico, 239, 244 esquizofrenia
y, 121 disfunción sexual
inducida por sustancias/medicamentos y, 508 trastorno del sueño inducido
por sustancias/medicamentos y, 472
Trastornos mentales inducidos por el tabaco, 651
Trastornos relacionados con el tabaco. Ver Trastornos mentales inducidos por el tabaco; Trastorno por consumo de tabaco; Abstinencia de tabaco; No especificado
Trastorno relacionado con el
tabaco Trastorno por consumo de tabaco. Véase también Tabaco
trastorno por consumo de cafeína y,
912 trastorno por consumo de cannabis
y, 582 comorbilidad y, 649
problemas de diagnóstico relacionados con la
cultura, 648 desarrollo y evolución, 647–648
diagnóstico y características asociadas de, 646–647 criterios
de diagnóstico para, 645–646 marcadores
de diagnóstico para , 648
consecuencias funcionales de, 649
trastorno del juego y, 665 prevalencia
de, 647 factores de
riesgo y pronóstico, 648 cuestiones de
diagnóstico relacionadas con el sexo y el género, 648
especificadores de, 646
pensamientos o conductas suicidas, 649
Abstinencia de tabaco, 649–651
Tolerancia
cafeína y, 570 uso de
inhalantes y, 603 trastorno
por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y, 622, 623 trastornos por uso
de sustancias, 546, 547 uso de tabaco y,
647
Trastorno de Tourette, 37, 53, 93–98, 286
Toxinas,
trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos y, 257,
trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, y, 129, 134
Curanderos tradicionales y factores psicológicos que afectan otras afecciones médicas, 366. Véase también Prácticas curativas alternativas Patología relacionada
con la proteína de unión al ADN 43 (TDP-43) de respuesta transactiva (TAR), 702 personas transgénero. Véase
también Género; Personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT) experimentan disfunción sexual y, 478 pensamientos o
conductas suicidas, 518, 519, 922 uso del término, 511
Transexual, uso del término, 511–512 Trastorno transvesti,
779, 798– 800
Travestismo, 517, 519 Trauma y eventos
traumáticos. Véase también Experiencias
infantiles adversas; Trastorno
de estrés postraumático
trastornos disociativos y, 329, 340 trastorno de
síntomas neurológicos funcionales y, 362 pesadillas y, 458 fobia
específica y, 226

Lesión cerebral traumática (TCE). Véase también Traumatismo craneoencefálico; Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a una lesión cerebral traumática;
Amnesia postraumática debido a lesión cerebral,
trastorno de estrés agudo y, 316, 319
trastorno bipolar y relacionado debido a otra condición de medicación y, 167 clasificación de
gravedad, 708 definición de, 707
trastorno depresivo
debido a otra condición médica y, 207 diagnóstico diferencial y, 313 , 347 trastorno
de hipersomnolencia y 419 trastorno
neurocognitivo mayor o leve debido a la
enfermedad de Alzheimer y 693 trastornos relacionados con traumas y factores estresantes, 229,
295. Véase también Trastorno por estrés agudo; Trastornos de adaptación; Social desinhibido

Machine Translated by Google

trastorno de compromiso; Trastorno de estrés postraumático; Trastorno de duelo prolongado; Trastorno reactivo de la vinculación
Síndrome de Treacher Collins, 432
Apnea central del sueño surgida del tratamiento, 436
Temblor y parkinsonismo inducido por medicamentos, 808, 809. Véase también Temblor postural inducido por medicamentos
Prueba de arrastre del temblor y trastorno de síntomas neurológicos funcionales, 361
Tricobezoares, 283
Tricotilomanía, 264, 270, 271, 276, 281–284, 373, 926 Antidepresivos
tricíclicos, 507, 818 Trúng gió, 239, 244
Confianza y esquema
para la formulación cultural, 862. Véase Desconfianza; Desconfianza Tuberculosis,
613–614 Complejo de
esclerosis tuberosa y trastorno del espectro autista, 59 Turquía, prevalencia
de trastornos de adaptación
en, 321 trastorno de desregulación
disruptiva del estado de ánimo en, 179 trastornos de
eliminación en, 400, 404 trastorno de
síntomas neurológicos funcionales en, 363 eyaculación
precoz en, 503
Síndrome de deleción 22q, 51, 71

Subdiagnóstico. Ver también Diagnóstico erróneo; Sobrediagnóstico
de trastorno de personalidad antisocial, 751
de trastorno del espectro autista, 63
de trastorno depresivo mayor, 185
trastorno somatomorfo indiferenciado, 353
Desempleo. Véase también Deterioro ocupacional, trastorno
bipolar II y, 157 trastorno de
pánico y, 240 trastorno de
ansiedad social y, 233 “Bajo
rendimiento académico inesperado” y trastorno específico del aprendizaje, 79–80 Reino Unido,
prevalencia del trastorno de estrés
agudo en, 316 trastorno de
despersonalización/desrealización en, 344 trastorno de
coordinación del desarrollo en, 87 trastorno de
participación social desinhibida en, 299, 300 trastornos del
despertar del sueño con movimientos oculares no rápidos en, 454
Trastorno no especificado relacionado con el
alcohol, 568 Trastorno de ansiedad no
especificado, 261 Trastorno de déficit de atención/hiperactividad
no especificado, 76 Trastorno bipolar no especificado
y relacionado, 169 Trastorno no especificado
relacionado con la cafeína, 574 Trastorno no
especificado relacionado con el
cannabis, 586 Catatonia no especificada, 137
Trastorno de la comunicación
no especificado, 56 Delirio no especificado,
678 Trastorno depresivo no especificado, 210 Trastorno no especificado,
uso de como opción diagnóstica, 21, 22–23 Trastorno disruptivo, de control de
impulsos y de conducta no especificado, 541
Trastorno disociativo no especificado, 348
Trastorno de eliminación no especificado, 405
Trastorno de alimentación o alimentación
no especificado, 397 Disforia de género no especificado,
520 Trastorno relacionado con alucinógenos no
especificado, 601 Trastorno de hipersomnolencia
no especificado, 476 No especificado trastorno relacionado con inhalantes, 608 Trastorno de insomnio no especificado, 416, 475

Machine Translated by Google

Trastorno del desarrollo intelectual no especificado (discapacidad intelectual), 46
Trastorno mental no especificado debido a otra condición médica, 803, 804, 805
Trastorno del estado de ánimo no especificado, 169, 210
Trastorno neurocognitivo no especificado, 683, 732
Trastorno del neurodesarrollo no especificado, 99
Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados no especificados, 293, 294
Trastorno no especificado relacionado con opioides, 619
Trastorno relacionado con otras sustancias no especificadas (o desconocidas), 660–661
Trastorno parafílico no especificado, 801
Trastorno de personalidad no especificado, 733–734, 778
Trastorno no especificado relacionado con fenciclidina, 600
Espectro de esquizofrenia no especificado y otros trastornos psicóticos, 138
Trastorno no especificado relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, 632
Disfunción sexual no especificada, 509
Trastorno de sueño-vigilia no especificado, 476
Síntoma somático no especificado y trastorno relacionado, 370
Trastorno no especificado relacionado con estimulantes, 644
Trastorno de tics no especificado, 93, 98
Trastorno no especificado relacionado con el tabaco, 651
Trastorno no especificado relacionado con traumas y factores estresantes, 328
Incontinencia urinaria, 399, 400, 493

Vaginismo y trastorno de penetración/dolor genitopélvico, 494–495 Vapeo y trastorno por
consumo de cannabis, 577 Vata, 876 Venlafaxina, 818
Dispraxia
verbal, 50 Veteranos.
Véase también Trastorno por
consumo de cannabis en el despliegue militar y, 580
trastorno neurocognitivo mayor o leve debido
a lesión cerebral traumática en, 711 trastorno por consumo de opioides en, 612, 613 prevalencia de trastorno
de estrés postraumático en, 308

Administración de Salud de Veteranos (VHA), 580, 613, 649 Victimización y
disforia de género, 519 Monitoreo por video, del trastorno
de conducta del sueño con movimientos oculares rápidos, 463 Vietnam, trastorno de pánico en, 239,
244 Violencia. Véase también Comportamiento
delictivo; Violencia doméstica, trastornos relacionados con el alcohol y, 560, 562
trastorno de conducta y, 533, 534 contenido de
obsesiones y compulsiones, 268 trastorno
neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol
y, 920 trastorno por consumo de opioides y, 612 trastorno por consumo de fenciclidina y, 589 trastorno de
duelo prolongado y, 326 PTSD y, 305,
311 sonambulismo y, 454 trastorno por uso de
estimulantes y, 635

Escalas visuales analógicas para síntomas del estado de ánimo premenstrual, 199
Anormalidades en el procesamiento visual y trastorno dismórfico corporal, 273 Síntomas visuales.
Ver también Alucinaciones
de trastorno de despersonalización/desrealización, 34 de trastorno
de síntomas neurológicos funcionales, 362 de trastorno de percepción
persistente de alucinógenos y, 598–599
Deficiencias vitamínicas y pica, 372.

Vocabulario y trastorno del lenguaje, 47–48
Tics vocales, 94

Machine Translated by Google

Servicios de rehabilitación vocacional y trastorno del espectro autista, 64
Hidrocarburos volátiles, 602, 604
Vómitos y bulimia nerviosa, 389, 391.
Trastorno voyeurista, 779, 780–783, 788
Vulnerabilidad, características culturales de, 861.
Vulvodinia y trastorno de penetración/dolor genitopélvico, 495
Atrofia vulvovaginal y trastorno orgásmico femenino, 487

Deambulación, asociada a trastorno mental, 834 Aumento
o pérdida de peso. Véase también Índice de masa corporal;
Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de
alimentos por obesidad y, 376 trastorno
dismórfico corporal y, 275
afecciones médicas y, 386
abstinencia de tabaco y, 650 síndrome de
Wernicke-Korsakoff, 556 encefalopatía
de Wernicke, 714 WHODAS (Programa de evaluación de discapacidad de la OMS), 16,
842, 854, 856–857 Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la
salud de la OMS, 842
Wisconsin Card Sort, 714 Trastornos por abstinencia y uso de sustancias, 546–547, 548. Véase también Abstinencia de
sustancias; sustancias específicas
Eventos
presenciados y trauma, 305 Ensalada de
palabras, 102 Asamblea Mundial de la Salud (2019), 13 Organización Mundial de la Salud (OMS), 6, 11, 13, 382. Véase también
Clasificación Internacional de Enfermedades;
WHODAS Encuestas mundiales de
salud
mental, 237, 308 Asociación Mundial de
Psiquiatría, 6 Preocupación,
trastorno de ansiedad generalizada y,
251, 253 ataques de pánico y, 237 trastorno de síntomas somáticos y, 352 Síndrome de peor sequía, 51

Códigos Z, 16, 28, 821 y
disfunciones sexuales, 478
Zimbabwe y los conceptos culturales de angustia, 876
Zolpidem, 472