

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Valladares, L., Giusti, S., Helmich, N., Etchevers, M.

Diagnosticar: Una tarea compleja

La etimología: “diagnóstico” viene de una palabra griega que significa “distintivo”, “que permite distinguir”. A diferencia de la rotulación, el diagnóstico es una construcción siempre a ser revisada, siempre son aproximaciones, no son una realidad en sí. La rotulación es una verdad inamovible, cuando se cosifica el diagnóstico pierde su funcionalidad.

Un manual de diagnóstico es una herramienta, y como tal, puede tener buen o mal uso.

¿Para qué sirve hacer un diagnóstico?

El antropólogo francés Lévi-Strauss en su libro *El pensamiento salvaje* (1962) presenta diversos ejemplos de clasificaciones folk, compiladas principalmente en estudios etnosemánticos de botánica, zoología y medicina realizados en diversas sociedades. Lo interesante es que considera que el objetivo de estas clasificaciones no es de orden utilitarista sino intelectual, a saber, introducir orden en el mundo natural. Según refiere:

*"Esta exigencia de orden se encuentra en la base del pensamiento que llamamos primitivo, pero sólo por cuanto se encuentra en la base de todo pensamiento: pues enfocándolas desde las propiedades comunes es como encontramos acceso más fácilmente a las formas de pensamiento que nos parecen muy extrañas"*¹.

Hacer taxonomías, es decir, clasificar objetos es, para este autor, una de las formas básicas de conocer. Las clasificaciones de objetos que realizan los "primitivos" son en último término intentos de búsqueda del orden que tienen las cosas más allá de la percepción subjetiva que los seres humanos tienen de ellas. Los seres humanos captamos la experiencia, el mundo, a través de categorías del pensamiento, es decir, la mente se antepone a la experiencia.

Hay un esfuerzo lógico de la mente por comprender, entender y ordenar el mundo, lo que sería poner en estructura el mundo, en estructura de pensamiento. Cuando pensamos en estructura no hablamos de una estructura visible y manifiesta, es una estructura primero del orden mental subyacente e inconsciente, que está presente en todos los seres humanos, y es por lo tanto universal. Lévi-Strauss hace referencia a un pensamiento humano que todo el tiempo tiene que clasificar, ordenar y jerarquizar en base a oposiciones binarias para establecer algún tipo de ordenamiento y estructura sobre las cosas. La clasificación es

¹ Lévi-Strauss (1962), *El pensamiento salvaje*; Pág. 25

inherente al orden simbólico de la cultura, ya que es la forma de poner un orden al caos sensible que remite a la naturaleza. Lévi-Strauss destacando que las clasificaciones son un modo de actividad sistemática general, incluye la siguiente referencia:

“Cada sociedad ordenada clasifica, necesariamente, no sólo a sus miembros humanos, sino también a los objetos y a los seres de la naturaleza, unas veces según sus dominantes psíquicas, otras veces según su utilidad alimenticia, agraria, industrial, productora o consumidora... (Van Gennep, pp. 345-346)”²

Desde una óptica más pragmática, definir un problema clínico de un modo claro y accesible es fundamental por varias razones, entre ellas dos de las más importantes son las que siguen: Facilitar la comunicación entre los investigadores de diferentes modelos teóricos y, en segundo lugar, facilitar la investigación de resultados de diferentes tratamientos propuestos para dicho problema.

Además podemos incluir:

- Establecer si el paciente tiene o no un trastorno mental
- Establecer una estrategia terapéutica de acuerdo al cuadro del paciente
- Evaluar cómo está funcionando el paciente y cuál es la gravedad de lo que le sucede, lo cual nos permite evaluar la posibilidad de interconsulta
- Tener un lenguaje común, trabajar con diagnósticos universalmente consensuados, podemos compartir trabajos, investigaciones e información científica
- Para investigación, ya que en la tarea de investigar se necesitan muestras fieles, y para eso nos valemos de diagnósticos
- Para la toma de decisiones en distintos campos de aplicación de la psicología. A veces las empresas, escuelas o juzgados entre otros organismos pueden solicitar una evaluación diagnóstica, para conocer algunos rasgos de la personalidad del evaluado y así tomar la decisión más adecuada a esa persona.

Historia de las clasificaciones en Psiquiatría

La primera clasificación de los trastornos en salud mental proviene de Grecia. Hipócrates, (IV

² Lévi-Strauss (1962), El pensamiento salvaje; Pág. 235

a.C.) fue pionero en describir y clasificar racionalmente enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias e histeria. Distinguió entre Manía y Melancolía, y se mantuvo hasta el Renacimiento a través de Galeno (I d.C.). Barrough (1583) introdujo una tercera categoría: la Demencia.

Ya en el XVIII, Kant en Antropología, y Pinel en Nosología Filosófica ampliaron y matizaron la clasificación. Distinguieron dos clases de manía (con y sin delirio), conservaron Melancolía y Demencia y añadieron Idiocia. Linneus, experto biólogo clasificador, pulió la clasificación creando unos géneros de enfermedades: Ideales (Delirio, Amentia, Manía, Melancolía y Vesania), Imaginarias (Hipocondría, Fobia, Sonambulismo y Vértigo) y Padecimientos (Bulimia, Polidipsia, Satiriasis y Erotomanía).

Pero es sin duda Kraepelin, en su manual de Psiquiatría (1899), el padre de la clasificación de los trastornos mentales tal como los consideramos actualmente, puesto que elaboró un sistema para delimitar grupos de pacientes con sintomatología homogénea que constituían un síndrome. Sus criterios se fundaban en las causas orgánicas: hereditarias, metabólicas, endocrinas, alteraciones cerebrales. Por eso las clasificaciones actuales comenzaron sólo por las enfermedades mentales con causa orgánica.

La CIE es el acrónimo de la *Clasificación internacional de enfermedades* correspondiente a la versión en español de la (en inglés) *ICD*, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Este último promocionado por la OMS, en sus cuatro primeras ediciones (1900-1938) sólo incluyó este tipo de alteraciones. Europa se convirtió así en la pionera de la clasificación de las alteraciones mentales. El primer intento en el mundo americano fue de la Asociación Americana de Psicología Médica, AMPA (1917) liderado por el doctor Salmon. Otro hecho importante para la constitución de la clasificación americana ha sido la Conferencia sobre Nomenclatura de Enfermedades que tuvo lugar en 1928 y donde la Asociación Médica Americana, AMA, se encargó de confeccionar un listado de enfermedades mentales. El tercer jalón lo representó la Standard Classified Nomenclature of Diseases (SCND, 1932) y fue publicado por la Asociación Americana de Medicina y revisado en 1934 y todo ello impulsado por los neokrapelianos que quería promocionar en América algo paralelo al ICD.

Pero fue la Segunda Guerra Mundial la que definitivamente promocionó la clasificación Americana, ya que los soldados afectados hicieron perentoria la necesidad de poseer un lenguaje común clasificatorio. Los principales gestores fueron el Ejército y la Marina (1944 y 1945). Como la clasificación de la Standard Nomenclature (1932) fue insatisfactoria, se pidió ayuda a psiquiatras y psicólogos. Así nacieron los DSM que tuvieron muy en cuenta el ICD y pronto lo sustituyó en extensión de uso hasta 1948, en donde el ICD publica su primera inclusión de enfermedades propiamente mentales, Europa es el modelo en las primeras ediciones del DSM, pero a partir del DSM-III (1980) la carrera se desequilibra a favor del DSM americano, puesto que incorpora dos grandes novedades: la explicitación de los criterios con

los que se construyen las categorías y la ampliación que supusieron los cinco ejes diagnósticos, ubicando aquellas alteraciones que presentaban dificultades diagnósticas como el caso del Retraso Mental y matizar la gravedad de las restantes.

El DSM III representó la bifurcación máxima entre la clasificación europea y americana. El DSM-IV (1994) y el ICD-10 (1996) representan un esfuerzo por la confluencia, pero el DSM-IV sale dos años antes del ICD-10; es decir, América toma la delantera de nuevo.

Sistemas Diagnósticos Operativos

La elaboración de los sistemas diagnósticos en salud mental, como vimos en el apartado anterior, han recorrido un largo camino hasta llegar a sistemas fundados sobre el consenso de expertos con diferentes perspectivas. A su vez, las decisiones que toman los grupos de trabajo deben estar fundamentadas en la evidencia existente, resultado de investigaciones en psicopatología. Esto implica que para cualquier cambio que se propone cada grupo de trabajo en relación a las nuevas ediciones de los sistemas diagnósticos vigentes, debe haber una justificación basada en estudios científicos revisados, por lo tanto no se valen de meras teorías especulativas sobre datos aislados.

Contamos con:

- La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización mundial de la salud (OMS). Actualmente en su décima edición (CIE-10). Fue publicada en 1992, es un sistema oficial de códigos, documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación. Al ser desarrollada por una organización directiva dependiente de las Naciones Unidas. La CIE es la clasificación oficial tanto en Argentina como en EEUU, en el ámbito de la salud, aunque la mayoría de las investigaciones en el mundo han adoptado la clasificación DSM.
- El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). La última versión es el DSM 5.

Además de los mencionados, en la actualidad existen dos manuales complementarios de orientación psicoanalítica y de organización dimensional, el OPD-2 y PDM; aunque con un impacto muy menor debido a diversos factores que influyen en el contexto de nuestro país.

En Argentina el uso de los sistemas diagnósticos operativos es de carácter obligatorio tanto en el ámbito hospitalario, como en los sistemas gerenciados de salud (Obras Sociales y Prepagas).

Breve historia sobre el DSM

Este manual surge de la necesidad de contar con un sistema de clasificación de los trastornos mentales consensuado y aceptado ampliamente, debido al escaso acuerdo que había respecto de los criterios diagnósticos y las diversas patologías en aquellos años.

La primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el **DSM-I** fue publicado en 1952 por la Asociación Americana de Psiquiatría. Este manual fue revisado, ampliado y actualizado desde ese entonces, encontrándose diversas versiones desde aquella primera edición.

En 1968 se publica el **DSM-II** con gran pregnancia del psicoanálisis, dado que se trataba del modelo predominante entre los psiquiatras norteamericanos que participaron en su elaboración.

A principio de los años '80, con la aparición del **DSM-III** la pretensión de un manual de carácter estrictamente científico, basado en la evidencia, produce un viraje hacia el modelo médico de la enfermedad mental alejándose así del psicoanálisis.

En la edición anterior (DSM II) se proponían descripciones sindrómicas, mientras que en el DSM-III ya se sume un enfoque más operacional, y los trastornos se describen en términos de criterios diagnósticos. Además se comienza a utilizar el sistema multiaxial y se excluye el término neurosis del temario, con la consecuente desaparición de las teorías de tinte psicodinámico. Aunque continúa manteniéndose una influencia del psicoanálisis, en particular en los trastornos de personalidad. A su vez, hacia los años '80 emerge el enfoque dimensional distinto al enfoque categorial, sin embargo, encontramos esbozos de dicho enfoque a lo largo de la nosografía psiquiátrica. En 1987 se publicó la revisión de la tercera edición llamada **DSM-III-R**. Luego en 1994 el **DSM-IV**.

Finalmente luego de 20 años de la última edición, se publica en el 2013 el **DSM 5**. Lo primero que llama la atención en el título es el empleo de un número arábigo en lugar de los ya tradicionales números romanos empleados en las ediciones anteriores. La razón esgrimida por los redactores del manual es que en el siglo XXI -cuando la tecnología permite una inmediata diseminación de la información por todo el mundo-, el empleo de la numeración romana constituye una limitación. Los rápidos avances en la investigación requieren la revisión continua del manual. Por consiguiente los futuros cambios -previos a una revisión completa-, serán expresados como DSM-5.1, DSM-5.2 y así sucesivamente.

Dos enfoques

Ahora bien, respecto al enfoque de la patología mental, podemos hablar de dos posiciones conceptuales distintas, una categorial y, por otro lado la dimensional. El primero utiliza el

método tradicional, es decir procura establecer categorías precisas a propiedades claramente definidas, de manera que intenta determinar la ausencia o la presencia de una. Contrariamente, el enfoque dimensional trata de medir las diferencias cuantitativas de un mismo sustrato, intentando ordenar los síntomas según los diferentes grados de intensidad.

De esta manera, un diagnóstico desde el enfoque categorial tendría solo dos valores posibles (presente o ausente), resultando un método binario. El enfoque categorial ha recibido como críticas centrales el reduccionismo y alejamiento de la realidad clínica.

Al contrario, el enfoque dimensional rompe con la bipolaridad del abordaje categórico, ya que cuenta con por lo menos tres valores ordinarios, que pueden ir de una escala de tres grados (como mínimo) hasta una escala continua u otra manera. Una dimensión se refiere más a un constructo que puede ser medido, donde cada elemento posee un valor particular.

Destacamos este punto debido a que las versiones del DSM anteriores al DSM-5 se hallan marcadas por un enfoque categórico. Recién con la quinta edición del DSM nos encontramos con un enfoque dimensional, abordaje que, partiendo del reconocimiento de la naturaleza continua de grados de intensidad de algunos fenómenos, va a poner en tela de juicio el enfoque categórico.

El debate lejos de darse por terminado, sigue en vigencia. El Dr. Christian Widakowich (2012) en un artículo para la Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, refiere: “... los esencialistas creen que los trastornos psiquiátricos son en realidad dimensiones y no categorías. Mientras que los empíricos piensan simplemente que las dimensiones van mejor que las categorías. Los pragmáticos son pluralistas, sostienen que una clasificación no es mejor que la otra, todo depende del uso que quiera dársele a la clasificación”³

Introducción al DMS-5

El 18 de mayo de 2013 la Asociación Americana de Psiquiatría presentó oficialmente la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), conocido como DSM-5, en el marco de su congreso anual, celebrado en San Francisco (EE.UU.). La versión española de este manual está disponible desde principios de 2014.

Para empezar, la definición de trastorno mental que utiliza es la siguiente:

“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente

³ Widakowich, C. “El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos” Christian. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 17, Nº 4, septiembre de 2012, págs. 371-2.

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

Organización del Manual

El DSM-5 está organizado en *tres secciones*:

- **Sección I:** “Conceptos básicos del DSM-5” Está dirigida a proporcionar pautas para el uso clínico y forense del manual.
- **Sección II:** Incluye los “Criterios y códigos diagnósticos” de los diferentes trastornos (tabla 1). Dentro de cada trastorno mental se incluyen tres componentes esenciales del proceso diagnóstico clínico: los criterios y su texto descriptivo, los trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y demás efectos adversos de los fármacos, y las descripciones de otras situaciones que pudieran ser objeto de atención clínica.
- **Sección III:** Recoge medidas dimensionales para la evaluación de los síntomas, criterios sobre la formulación cultural de los trastornos y una propuesta alternativa sobre la conceptualización de los trastornos de personalidad, así como una descripción de las condiciones clínicas que están actualmente en estudio. Esta sección resalta los trastornos que requieren más estudio y no están lo bastante definidos como para formar parte de la clasificación oficial de los trastornos mentales en el uso clínico habitual.

Tabla 1: Clasificación de los trastornos recogidos en el DSM-5 en la Sección I

Trastornos del neurodesarrollo
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastornos bipolares y relacionados
Trastornos depresivos
Trastornos de ansiedad
Trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés
Trastornos disociativos
Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos
Trastornos de la excreción
Trastornos del sueño-vigilia
Disfunciones sexuales
Disforia de género
Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos
Trastornos neurocognitivos
Trastornos de la personalidad
Trastornos parafílicos
Otros trastornos mentales
Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Utilización del manual

Para establecer un diagnóstico de trastorno mental no basta con comprobar la presencia de los síntomas citados en los criterios de diagnóstico. Aunque la comprobación sistemática de la presencia de estos criterios y de la forma en que los presenta cada paciente garantiza una evaluación más fiable, la gravedad relativa y la validez de cada criterio individual, así como su contribución al diagnóstico, requieren un **juicio clínico**.

Una vez hecha la evaluación de los criterios diagnósticos, será el médico quien decida la aplicación de los subtipos y/o especificadores del trastorno que considere más adecuados. Hay que citar los especificadores de la gravedad y del curso para definir el estado actual del individuo, pero sólo cuando se cumplan todos los criterios. Si no se cumplen todos los criterios, el clínico deberá evaluar si la presentación de los síntomas cumple los criterios para poder ser denominada "otra especificada" o "no especificada". Siempre que sea posible se indicarán los criterios específicos para definir la gravedad del trastorno (es decir, leve, moderado, grave, extremo), sus características descriptivas (p. ej., con introspección buena o aceptable, en un entorno controlado) y su curso (p. ej., en remisión parcial, en remisión total, recidiva). En función de la entrevista clínica, las descripciones del texto, los criterios y el juicio clínico, se hace el diagnóstico final.

El acuerdo general del DSM-5 es permitir que se asignen múltiples diagnósticos a los cuadros que reúnan los criterios de más de un trastorno del DSM-5.

En cuanto a la codificación:

Antes del nombre de cada trastorno, se indica el código CIE-9-MC seguido del código CIE-10-MC entre paréntesis. Las líneas en blanco indican que el código CIE-9-MC o CIE-10-MC no es aplicable. En algunos trastornos, el código se puede indicar únicamente de acuerdo con el subtipo o el especificador. Los códigos CIE-9-MC se utilizarán a efectos de codificación en Estados Unidos hasta el 30 de septiembre de 2014 y los códigos CIE-10-MC se utilizarán a partir del 1 de octubre de 2014.

Después del título del capítulo y del nombre del trastorno, se incluye entre paréntesis el número de página del texto o criterios correspondientes.

Nota para todos los trastornos mentales debidos a otra afección médica: El nombre de la otra afección médica se indica en el nombre del trastorno mental debido a [la afección médica]. El código y el nombre de la otra afección médica se indicarán en primer lugar inmediatamente antes del trastorno mental debido a la afección médica.

TRASTORNOS DEPRESIVOS (pág. 155)

En el DSM-5, este capítulo de "Trastornos depresivos" se ha separado del capítulo anterior "Trastorno bipolar y trastornos relacionados", siendo que en el DSM-IV ambos formaban parte de los denominados "Trastornos del estado de ánimo". El **rasgo común** de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los **diferencia** es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.

SUBTIPOS

Los trastornos depresivos son:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
- Trastorno de depresión mayor (incluye el Episodio depresivo mayor)
- Trastorno depresivo persistente (Distimia)
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

El **trastorno depresivo mayor** representa el trastorno clásico de este grupo. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones inter episódicas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente. Se debe considerar especialmente la diferencia entre la **tristeza normal** y la **tristeza del episodio depresivo mayor**. El **duelo** suele conllevar un gran sufrimiento, pero no induce normalmente un episodio depresivo mayor. Cuando ocurren a la vez, los síntomas depresivos y el deterioro funcional tienden a ser más graves y el pronóstico es peor que el del duelo que no se acompaña de trastorno depresivo mayor. La *depresión relacionada con el duelo* tiende a ocurrir en las personas vulnerables a los trastornos depresivos y se puede facilitar la recuperación mediante el tratamiento antidepresivo.

Se puede diagnosticar una *forma más crónica de depresión*, el **trastorno depresivo persistente (distimia)**, cuando las alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años en los adultos o un año en los niños. Este diagnóstico, nuevo en el DSM-5, incluye las

categorías del DSM-IV de depresión mayor crónica y de distimia.

Tras una revisión a fondo de los datos científicos disponibles, se ha trasladado el **trastorno disfórico premenstrual** de un apéndice del DSM-IV ("Conjunto de criterios y de ejes para un estudio posterior") a la Sección II del DSM-5. Casi 20 años de investigación sobre esta afección han confirmado una forma de trastorno depresivo que responde al tratamiento, que comienza poco después de la ovulación y que remite pocos días después de la menstruación, y que tiene un impacto funcional importante.

Trastorno de Depresión Mayor (pág. 160)

Se divide la anterior clasificación de "Trastornos del Estado de Ánimo" en "Trastornos Depresivos" y "Trastornos Bipolares". El DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSM IV- TR para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual que se comentan a continuación. El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada.

El trastorno depresivo mayor se asocia a una alta mortalidad y la mayor parte de ésta se debe al suicidio; sin embargo, no es la única causa.

Criterios Diagnósticos

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días (según refiere el propio sujeto u observan).
3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás,

- no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica.

Codificación y registro:

A la hora de registrar el nombre de un diagnóstico, se enumerarán los términos en el orden siguiente:

Trastorno de depresión mayor, episodio único o recurrente, especificadores de gravedad/psicótico/remisión, y a continuación todos los especificadores siguientes sin código que sean aplicables al episodio actual.

Especificar si:

- Con ansiedad (pág. 184)
- Con características mixtas (págs. 184-185)
- Con características melancólicas (pág. 185)
- Con características atípicas (págs. 185-186)
- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (pág. 186)
- Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo (pág. 186)
- Con catatonía (pág. 186). Nota: Utilizar el código adicional 293.89 (F06.1)
- Con inicio en el parto (págs. 186-187)
- Con patrón estacional (sólo episodio recurrente) (págs. 187-188)
- Características asociadas que apoyan el diagnóstico
- Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Desarrollo y curso

El trastorno depresivo mayor puede aparecer por primera vez a cualquier edad, pero la probabilidad de que se inicie se incrementa notablemente en la pubertad.

El curso del trastorno depresivo mayor es bastante variable, de modo que algunos pacientes apenas presentan remisiones (períodos de 2 o más meses sin síntomas o con sólo uno o dos síntomas leves), si es que las presentan, mientras que otros permanecen durante muchos años con pocos o ningún síntoma entre los episodios. Es importante distinguir los pacientes que acuden en busca de tratamiento durante una exacerbación de una enfermedad depresiva crónica de aquellos cuyos síntomas han aparecido recientemente. La cronicidad de los síntomas depresivos aumenta sustancialmente la probabilidad de que existan trastornos subyacentes de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias, y disminuye la probabilidad de adherencia al tratamiento hasta la remisión completa. Es útil, por lo tanto, pedir a los pacientes que acuden con síntomas depresivos que identifiquen el último período de al menos dos meses durante el cual estuvieron completamente libres de síntomas depresivos.

La *recuperación* se inicia normalmente dentro de los tres meses siguientes al comienzo del tratamiento en dos de cada cinco pacientes con depresión mayor y en el plazo de un año en cuatro de cada cinco pacientes.

El carácter reciente del inicio es un determinante fuerte de la probabilidad de recuperación a corto plazo y se puede esperar que muchos pacientes que sólo han estado deprimidos durante varios meses se recuperen de modo espontáneo. Las características que se asocian a unas tasas de recuperación menores, además de la duración del episodio actual, son los rasgos psicóticos, la ansiedad intensa, los trastornos de personalidad y la gravedad de los síntomas.

Factores de riesgo y pronósticos

Temperamentales. El neuroticismo (la afectividad negativa) es un factor de riesgo bien establecido para el comienzo del trastorno depresivo mayor, y parece que unos niveles altos vuelven a los sujetos más proclives a desarrollar episodios depresivos en respuesta a los acontecimientos vitales estresantes

Ambientales. Los acontecimientos adversos en la infancia, especialmente cuando son múltiples experiencias de diversos tipos, constituyen un potente conjunto de factores de riesgo de contraer un trastorno depresivo mayor. Los acontecimientos vitales estresantes están bien reconocidos como precipitantes de los episodios de depresión mayor, pero la presencia o ausencia de acontecimientos vitales adversos próximos al comienzo de los episodios no parece ser útil para el pronóstico ni la elección del tratamiento

Genéticos y fisiológicos. Los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen un riesgo dos a cuatro veces mayor que el de la población general. El riesgo relativo parece ser mayor en las formas de inicio temprano y recurrentes. La heredabilidad es de aproximadamente el 40 %, y los rasgos neuróticos de la personalidad cuentan en proporción considerable para esta asociación genética.

Modificadores del curso. Esencialmente, todos los trastornos no afectivos mayores aumentan el riesgo de que un sujeto desarrolle depresión. Los episodios de depresión mayor que se desarrollan en el contexto de otro trastorno suelen seguir con frecuencia un curso más refractario. El trastorno por consumo de sustancias, la ansiedad y el trastorno límite de la personalidad se encuentran entre los más frecuentes, y la presencia de síntomas depresivos puede oscurecer y retrasar su reconocimiento.

Sin embargo, la mejoría clínica mantenida de los síntomas depresivos puede depender del tratamiento apropiado y de la enfermedad subyacente. Las enfermedades médicas crónicas o discapacitantes también aumentan el riesgo de episodios de depresión mayor. Estas enfermedades prevalentes, como la diabetes, la obesidad mórbida y la patología cardiovascular, se complican a menudo con episodios depresivos, y es más probable que estos episodios se vuelvan crónicos si se comparan con los episodios depresivos de los pacientes sin enfermedades médicas.

Riesgo de suicidio

La posibilidad de una conducta suicida existe durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor. El factor de riesgo que se ha descrito de manera más sistemática son los antecedentes de intentos o amenazas de suicidio, pero habría que recordar que la mayoría de los suicidios consumados no se han precedido de intentos fallidos. Otras características asociadas a un aumento del riesgo de suicidio consumado son: ser varón, estar soltero o vivir solo y tener intensos sentimientos de desesperanza. La presencia del trastorno límite de la personalidad aumenta notablemente el riesgo de futuros intentos de suicidio.

Trastorno depresivo persistente (distimia) (pág. 168)

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

Criterios Diagnósticos 300.4 (F34.1)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Codificación y registro:

Especificar si:

- Con ansiedad (pág. 184)

- Con características mixtas (págs. 184-185)
- Con características melancólicas (pág. 185)
- Con características atípicas (págs. 185-186)
- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (pág. 186)
- Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo (pág. 186)
- Con inicio en el periparto (págs. 186-187)

Especificar si:

- En remisión parcial (pág. 188)
- En remisión total (pág. 188)

Especificar si:

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

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

- Con síndrome distímico puro: No se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.
- Con episodio de depresión mayor persistente: Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.
- Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual: Actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo.
- Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual: Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Especificar la gravedad actual:

- Leve (pág. 188)
- Moderado (pág. 188)
- Grave (pág. 188)

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los factores que predicen un peor pronóstico a largo plazo son los mayores niveles de neuroticismo (afectividad negativa), la mayor gravedad de los síntomas, un peor funcionamiento global y la presencia de trastornos de ansiedad o de conducta.

Ambientales. Los factores de riesgo en la infancia son la pérdida de los padres y su separación.

Genéticos y fisiológicos. No hay diferencias claras entre el desarrollo, el curso y la historia familiar de la enfermedad del trastorno distímico y del trastorno depresivo mayor crónico del DSM-IV.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD (pág. 189)

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de **miedo y ansiedad excesivos**, así como **alteraciones conductuales asociadas**. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. A veces, el nivel de miedo o ansiedad se ve reducido por conductas evitativas generalizadas. Las **crisis de pánico (panic attacks)** se presentan principalmente con los trastornos de ansiedad como un tipo particular de respuesta al miedo. Las crisis de pánico no se limitan a los trastornos de ansiedad, sino que también pueden ser observadas en otros trastornos mentales.

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados.

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes (p. ej., suelen tener una duración de 6 meses o más). Sin embargo, este criterio temporal pretende servir de guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad y pudiendo ser la duración más corta en los niños (como en el trastorno de ansiedad por separación y en el mutismo selectivo). Puesto que los sujetos con trastornos de ansiedad suelen sobrestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan, el análisis decisivo de si ese miedo o ansiedad es excesivo o desproporcionado lo realiza el clínico teniendo en cuenta factores de contexto cultural. Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. La mayoría aparece más frecuentemente en mujeres que en varones (aproximadamente en una proporción de 2:1). Cada trastorno de ansiedad se diagnostica sólo cuando los síntomas no son atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia/medicamento u otra afección médica, o no se explican mejor por otro trastorno mental.

SUBTIPOS

Este capítulo del DSM se organiza de acuerdo con el desarrollo, ordenando los trastornos según la edad del paciente al inicio de la aparición de los síntomas.

La persona con **trastornos de ansiedad por separación** se encuentra asustada o ansiosa ante la separación de aquellas personas por las que siente apego en un grado que es inapropiado para el desarrollo. Existe miedo o ansiedad persistente sobre los posibles daños que puedan sufrir las personas por las que siente apego y sobre las situaciones que puedan llevar a la pérdida o separación de las personas a quienes el sujeto está vinculado y rechazo a separarse de estas personas de mayor apego, así como pesadillas y síntomas físicos de angustia. A pesar de que estos síntomas a menudo se desarrollan en la infancia, pueden expresarse también en la edad adulta.

El **mutismo selectivo** se caracteriza por una incapacidad para hablar en las situaciones sociales en que hay expectativa de hablar (p. ej., en la escuela), a pesar de que la persona habla en otras situaciones. La falta de habla tiene consecuencias significativas en los logros académicos o laborales, o bien altera la comunicación social normal.

Los individuos con **fobia específica** presentan miedo hacia situaciones u objetos precisos o los evitan. La cognición específica no es característica de este trastorno, como en otros trastornos de ansiedad. El miedo, la ansiedad y la evitación están casi siempre inducidos inmediatamente por la situación fóbica, en un grado persistente o desproporcionado al riesgo real planteado. Hay varios tipos de fobias específicas: animales, entorno natural, sangre-inyecciones-heridas, situacional y otras circunstancias.

En el **trastorno de ansiedad social (fobia social)**, la persona siente miedo o ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado, o bien las evita. Eso incluye interacciones sociales tales como reuniones con personas desconocidas, situaciones en las la persona puede ser observada comiendo o bebiendo, y situaciones en las que la persona ha de actuar ante otros. La ideación cognitiva es la de ser evaluado negativamente por los demás, por sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros.

En el **trastorno de pánico**, la persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico y se encuentra persistentemente intranquila o preocupada por tener nuevas crisis o cambia de manera desadaptativa su comportamiento debido a las crisis de pánico (p. ej., evitación del ejercicio o de situaciones desconocidas). Las **crisis de pánico** se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos. Las crisis de pánico pueden ser esperadas, en respuesta a objetos o situaciones típicamente temidas, o inesperadas, ocurriendo la crisis sin razón aparente. Las crisis de pánico funcionan como marcadores y factores pronósticos de la severidad, el curso y la comorbilidad de una amplia variedad de trastornos, incluidos, entre otros, los trastornos de ansiedad (p. ej., abuso de sustancias, trastornos depresivos y trastornos psicóticos). Por lo tanto, la crisis de pánico puede actuar como un especificador descriptivo de cualquier trastorno de ansiedad, así como de otros trastornos mentales.

Los individuos con **agorafobia** se sienten temerosos o ansiosos ante dos o más de las siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, encontrarse en lugares cerrados, hacer cola o estar en una multitud, y encontrarse solos fuera de casa entre otras situaciones. La persona teme estas situaciones debido a pensamientos sobre el

desarrollo de síntomas similares a la crisis de pánico u otros síntomas incapacitantes o humillantes en circunstancias en las que escapar sería difícil o donde no se podría disponer de ayuda. Estas situaciones casi siempre inducen miedo o ansiedad y son evitadas a menudo, o requieren la presencia de un acompañante.

En el **trastorno de ansiedad generalizada** se observa como características principales una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

El **trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos** engloba la ansiedad debida a la intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos. En el trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de una enfermedad médica.

Existen escalas específicas para cada trastorno que sirven para caracterizar mejor su gravedad y captar las variaciones de la misma a lo largo del tiempo. Para facilitar su uso, particularmente en las personas con más de un trastorno de ansiedad, estas escalas se han desarrollado con el mismo formato (pero distinto enfoque) en todos los casos, con puntuaciones de los síntomas conductuales; cognitivos y físicos relevantes de cada trastorno.

Trastorno de Pánico (pág. 208)

Criterios diagnósticos 300.01 (F41.0)

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

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

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.

9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de "volverse loco".
13. Miedo a morir.

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

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

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, "volverse loco").
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej.; comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

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

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

Características diagnósticas

El trastorno de pánico se refiere a ataques de pánico inesperados y recurrentes, es decir literalmente más de una crisis de pánico inesperada, y es sin señal evidente o desencadenante en el momento de la aparición - es decir, el ataque parece ocurrir a partir de la nada, como cuando el individuo se relaja, o aparece durante el sueño (ataque de pánico nocturno)-. En contraste, los *ataques de pánico esperados* son aquellos para los cuales existe una señal evidente o un desencadenante, como una situación en la que normalmente aparecen los ataques de pánico.

La *frecuencia y la gravedad* de los ataques de pánico varían ampliamente. En cuanto a **la**

frecuencia, algunos individuos presentan las crisis con una periodicidad moderada (p. ej., una vez a la semana) pero regular desde unos meses antes hasta el momento actual. Otros describen breves salvas de crisis más frecuentes (p. ej., cada día) separadas por semanas o meses sin padecer un solo ataque, o bien los presentan con una frecuencia considerablemente menor (p. ej., dos cada mes) durante un período de varios años. En cuanto a **la gravedad**, las personas con trastorno de pánico pueden tener ataques completos (cuatro o más síntomas) o limitados (menos de cuatro síntomas), y el número y el tipo de los síntomas con frecuencia difieren entre un ataque de pánico y el siguiente. Sin embargo, va a ser necesaria más de una crisis inesperada con síntomas completos para el diagnóstico del trastorno de pánico.

Los individuos con ataques de pánico se preocupan de manera característica por las implicaciones o consecuencias que éstos pueden tener sobre sus vidas. Algunos temen que las crisis de pánico sean el anuncio de una enfermedad no diagnosticada que pueda poner en peligro la vida (p. ej., la enfermedad coronaria, un trastorno comicial), a pesar de los controles médicos repetidos que descartan esta posibilidad. Son frecuentes las preocupaciones sociales, como la vergüenza o el miedo a ser juzgados negativamente por los demás, debido a los síntomas evidentes del ataque de pánico, y la creencia de que las crisis de pánico indican que uno se está "volviendo loco", que se está perdiendo el control o que suponen cierta debilidad emocional (Criterio B).

Especificador del ataque de pánico

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

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

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

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.

5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o a “volverse loco”.
13. Miedo a morir.

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

Trastorno de Ansiedad Generalizada (pág. 222)

Criterios diagnósticos 300.02 (F41.1)

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se prolongan más de 6 meses y afecta una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar)

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

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

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

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

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

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

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

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesiva (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación y esto interfiere en las tareas inmediatas. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada a menudo se preocupan todo; acerca de circunstancias rutinarias de la vida, tales como posibles responsabilidades en el trabajo, la salud y las finanzas, la salud de los miembros de la familia, la desgracia de sus hijos ó asuntos de menor importancia (p. ej., las tareas del hogar o llegar tarde a las citas). Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse en exceso por su competencia o por la calidad de su desempeño. Durante el curso del trastorno, el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación 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, por lo general, interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial, mientras que las preocupaciones de la vida cotidiana no son excesivas, se perciben como más manejables y pueden ser aplazadas si surgen asuntos más urgentes. En segundo lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son más penetrantes, pronunciadas y angustiosas; tienen una mayor duración y se producen con frecuencia sin desencadenantes.

Cuanto mayor sea la variedad de circunstancias de la vida sobre las que una persona se preocupa (p. ej., las finanzas, la seguridad de los niños, el rendimiento en el trabajo), es más probable que sus síntomas cumplan los criterios del trastorno de ansiedad generalizada. En tercer lugar, las preocupaciones cotidianas se asocian con mucha menos frecuencia a síntomas físicos (p. e j., inquietud, sentimiento de agitación o nerviosismo). Las personas con trastorno de ansiedad generalizada refieren malestar subjetivo debido a la preocupación constante y al deterioro de las áreas sociales u ocupacionales, o de otras áreas importantes del funcionamiento.

La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos tres de los siguientes síntomas adicionales: inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño, a pesar de que en los niños sólo se requiere un síntoma adicional.

Desarrollo y curso

Muchas personas con trastorno de ansiedad generalizada expresan que han sentido ansiedad y nerviosismo durante toda su vida. La edad media de inicio de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada es de 30 años; sin embargo, la edad de inicio se extiende a lo largo de un amplio rango. Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada tienden a ser crónicos y oscilantes durante toda la vida, fluctuando entre formas sindrómicas y subsindrómicas del trastorno. Las tasas de remisión completa son muy bajas.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. La inhibición de la conducta, la afectividad negativa (neuroticismo) y la evitación del daño se han asociado con el trastorno de ansiedad generalizada.

Ambientales. Aunque las adversidades en la infancia y la sobreprotección de los padres se han asociado al trastorno de ansiedad generalizada, no se han identificado factores ambientales más específicos, necesarios o suficientes para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada.

Genéticos y fisiológicos. Un tercio del riesgo de sufrir trastorno de ansiedad generalizada es genético, y estos factores genéticos se superponen con el riesgo de neuroticismo y son compartidos con otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, sobre todo con el trastorno depresivo mayor.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (pág. 645)

Trastorno general de la personalidad

Criterios y definición

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:

1. Cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos)
2. Afectividad (el rango, la intensidad, la labilidad y la adecuación de la respuesta emocional).
3. Funcionamiento interpersonal.
4. Control de los impulsos.

B. El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o en otras áreas importantes.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o edad adulta temprana.

E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o de otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico).

Los *rasgos de personalidad* son patrones persistentes del modo de percibir, pensar y relacionarse con el entorno y con uno mismo, que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales. Tan sólo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, y causan deterioro funcional o malestar subjetivo significativo, constituyen un trastorno de la personalidad.

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de funcionamiento del individuo a largo plazo, y las características particulares de la personalidad deben ser evidentes en la edad adulta temprana.

El clínico debe valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y a través de diferentes situaciones. Aunque a veces es suficiente una sola sesión con el individuo para realizar el diagnóstico, a menudo es necesario llevar a cabo más de una entrevista y dejar pasar un tiempo entre las exploraciones. La evaluación también puede ser complicada por el hecho de que el individuo no considera problemáticas las características que definen un trastorno de la personalidad (los rasgos son a menudo egosintónicos).

SUBTIPOS

Los trastornos de la personalidad se distribuyen en tres grupos basados en las similitudes descriptivas.

El **GRUPO A** está compuesto por los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica. Los individuos con estos trastornos suelen mostrarse raros o excéntricos.

- El **trastorno de la personalidad paranoide** es un patrón de desconfianza y suspicacia, de manera que se interpretan las intenciones de los demás como malévolas.
- El **trastorno de la personalidad esquizoide** es un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de la expresión emocional.
- El **trastorno de la personalidad esquizotípica** es un patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades del comportamiento.

El **GRUPO B** se compone de los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. Las personas de este *cluster* se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas.

- El **trastorno de la personalidad antisocial** es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
- El **trastorno de la personalidad límite** es un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada.
- El **trastorno de la personalidad histriónica** es un patrón de emotividad y de búsqueda de atención excesivas.
- El **trastorno de la personalidad narcisista** es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

El **GRUPO C** aglutina los trastornos de la personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva. Los individuos con estos trastornos suelen ser ansiosos o temerosos. Cabe señalar que este sistema de clasificación, aunque es útil en algunos contextos de investigación y docentes, tiene serias limitaciones y no ha sido validado de forma consistente.

- El **trastorno de la personalidad evitativa**, que es un patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- El **trastorno de la personalidad dependiente**, que es un patrón de comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con una necesidad excesiva de ser cuidado.
- El **trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva**, que es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

Finalmente en este capítulo del DSM se incluyen los siguientes trastornos de la personalidad:

- El **cambio de la personalidad debido a otra afección médica**, que es un trastorno de la personalidad persistente que se sospecha que es debido a los efectos fisiológicos directos de una afección médica (p. ej., una lesión del lóbulo frontal).
- **Otro trastorno de la personalidad especificado y trastorno de la personalidad no especificado** se agrupan en una categoría que se compone de dos situaciones:
 - 1) un patrón de la personalidad del individuo que cumple los criterios de un trastorno de la personalidad y que presenta rasgos de varios trastornos de la personalidad, pero que no cumple los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad, o
 - 2) un patrón de la personalidad que cumple los criterios generales para un trastorno de la personalidad, aunque se considera que la persona tiene un trastorno de personalidad que no está incluido en la clasificación del DSM-5 (p. ej., el trastorno de la personalidad pasiva-agresiva).

Trastornos de la personalidad: Grupo A

Trastorno de la personalidad paranoide (Pág. 649)

Criterios diagnósticos 301.0 (F60.0)

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

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

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

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

Trastorno de la personalidad esquizoide (Pág. 652)

Criterios diagnósticos 301.20 (F60.1)

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

1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia

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

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

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

Trastorno de la personalidad esquizotípica (Pág. 655)

Criterios diagnósticos 301.22 (F60.1)

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

1. Ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia)
2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas)
3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales
4. Pensamiento y lenguaje extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado)
5. Susplicia o ideación paranoide.
6. Afecto inapropiado o limitado.
7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del Espectro autista.

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

Trastornos de la personalidad: Grupo B

Trastorno de la personalidad antisocial (Pág. 659)

Criterios diagnósticos 301.7 (F60.2)

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

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

B. El individuo tiene al menos 18 años.

C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o de un trastorno bipolar.

Trastorno de la personalidad límite (Pág. 663)

Criterios diagnósticos 301.83 (F60.3)

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

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)

2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Trastorno de la personalidad histriónica (Pág. 667)

Criterios diagnósticos 301.50 (F60.4)

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

1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.
2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.
3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones.
4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.
5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalle.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.
7. Es sugestionable (es decir; fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias).
8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad.

Trastorno de la personalidad narcisista (Pág. 669)

Criterios diagnósticos 301.81 (F60.8)

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como si supiera sin contar con los correspondientes éxitos).
2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado.
3. Cree que es "especial" y único, y que sólo pueden comprenderlo o relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
4. Exige una admiración excesiva.
5. Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
6. Explota las relaciones interpersonales, (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines)
7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.
9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.

Trastornos de la personalidad: Grupo C

Trastorno de la personalidad evitativa (Pág. 672)

Criterios diagnósticos 301.82 (F60.6)

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

1. Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.
2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás, a no ser que esté seguro de ser apreciado.
3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o

- ridiculicen.
4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
 5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.
 6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
 7. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.

Trastorno de la personalidad dependiente (Pág. 675)

Criterios diagnósticos 301.6 (F60.7)

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

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la reafirmación excesiva de otras personas.
2. Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
3. Presenta dificultades para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación, (Nota: No incluir los miedos realistas de castigo)
4. Dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).
5. Va demasiado lejos para obtener aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.
6. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
7. Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Trastorno de la personalidad obsesivo- compulsivo (Pág. 678)

Criterios diagnósticos 301.4 (F60.5)

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

1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.
2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas (p. ej., es incapaz de completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).
3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluyen las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica evidente)
4. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad; ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).
5. Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles aunque no tengan un valor sentimental
6. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación.

Modificaciones que presenta el DMS-5

Ahora bien, siguiendo a Regier, Kuhl, & Kupfer (2013), veamos algunas de las novedades que incorpora. En relación con la anterior versión (DSM-IV-R), publicada en 1994, el DSM-5 incluye cambios asociados a la **organización de los trastornos** dentro del manual, basando su exposición en relación con el momento de aparición en el ciclo vital. De esta manera los cuadros clínicos que se manifiestan en las primeras fases evolutivas (como, por ejemplo, los trastornos del neurodesarrollo) figuran al principio del manual; los trastornos que habitualmente aparecen en la adolescencia y en la edad adulta joven (entre otros, los trastornos de ansiedad, depresivos o de la conducta alimentaria o los trastornos del espectro de la esquizofrenia) se encuentran descritos en la parte central; y, por último, los trastornos asociados a la vejez (trastornos neurocognitivos) se hallan al final.

A lo largo de todo el manual, los trastornos se enmarcan en cuanto a la edad, sexo y características del desarrollo del paciente. Presenta un **enfoque más dimensional**, y se elimina el sistema de evaluación multiaxial, ya que creaba “distinciones artificiales”. Así, por ejemplo, se analiza la severidad menor o mayor de los síntomas (leve, moderado y severo) en diversos cuadros clínicos (el trastorno depresivo mayor o los trastornos adictivos y relacionados con sustancias).

Aunque en ediciones anteriores se identificaron los beneficios de un enfoque más dimensional en los trastornos de la personalidad, la transición desde un sistema diagnóstico categórico de trastornos individuales a uno basado en la distribución relativa de los rasgos de personalidad no se ha aceptado ampliamente. En el DSM-5, las categorías de los trastornos de la personalidad prácticamente no se han modificado respecto a la edición anterior. Sin embargo, se ha propuesto un modelo "híbrido" alternativo en la Sección III, para guiar la investigación futura, que separa la evaluación del funcionamiento interpersonal y la expresión de los rasgos patológicos de la personalidad en seis trastornos específicos. También se propone un perfil más dimensional de la expresión de los rasgos de personalidad, es decir, un planteamiento enfocado hacia cada uno de ellos.

A estas modificaciones se suman las siguientes:

- **El Autismo y el síndrome de Asperger** se encuentran ahora unidos bajo un mismo epígrafe: Trastornos del Espectro Autista. Esta categoría incluye además el Trastorno Desintegrativo Infantil y el Trastorno Generalizado del Desarrollo.
- **La incorporación de nuevos trastornos**, tales como: el Trastorno por Atracón (personas que comen en exceso más de 12 veces en tres meses), el Trastorno de Excoriación (rascado compulsivo de la piel), el Trastorno de Acaparamiento (hasta ahora considerado un síntoma del Trastorno Obsesivo Compulsivo, y definido como la “dificultad persistente de desprenderse de objetos, independientemente de su valor”), el Trastorno Disfórico Premenstrual y el Trastorno Neurocognitivo leve.
- **El duelo no excluye el diagnóstico de depresión.** Si bien el DSM-IV excluía dentro de la depresión a las personas que mostraban dichos síntomas tras la pérdida de ser querido en los dos meses anteriores, el DSM-5 omite esta exclusión. Se incluyeron notas explicativas para diferenciar el duelo del trastorno depresivo mayor. Los especificadores nuevos "con ansiedad" y "con rasgos mixtos" se describen ahora por completo en el texto que explica las variaciones de especificadores que acompaña a los criterios de estos trastornos.
- La inclusión del **Trastorno de Estado de Ánimo Disruptivo y No Regulado**, que caracteriza a los niños "con irritabilidad persistente y frecuentes episodios de descontrol de conducta (rabietas), tres o más veces a la semana durante más de un año", con la finalidad de reducir el diagnóstico de trastorno bipolar en la infancia, cuya prevalencia se ha visto aumentada debido a que el DSM-IV-R incluía los problemas de irritabilidad crónica severa dentro de esta categoría diagnóstica y, a menudo, eran considerados por los profesionales sanitarios como un síntoma de manía en niños.

- El **trastorno por consumo de sustancias** se incorpora en el DSM-5 para agrupar los trastornos por abuso de sustancias y la dependencia de sustancias. Además, se ha creado una nueva categoría para recoger las “adicciones conductuales”, donde se incluye el Juego Patológico (antes recogido en la categoría de “trastornos de control de impulsos no clasificados”).
- El **Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad** se ha modificado levemente para recoger la posibilidad de su diagnóstico en la etapa adulta. En niños, se ha cambiado la edad de aparición para el diagnóstico de TDAH (ahora los síntomas deben aparecer antes de los 12 años, en vez de antes de los 7 años).
- Los **Trastornos de Ansiedad, los Trastornos Disociativos, el Trastorno Obsesivo Compulsivo y el Trastorno por Estrés Postraumático** (antes unificados en el mismo epígrafe) se describen en apartados independientes, para legitimar su carácter distintivo.
- El **Trastorno Bipolar** se convierte en una categoría separada del resto de los trastornos del estado de ánimo y se incluye la categoría de Trastornos del movimiento inducidos por la medicación.
- El **Trastorno por Estrés Postraumático** incluye ahora cuatro grupos de síntomas para su diagnóstico: re-experimentación, hiperactivación, evitación y “alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo”. Los umbrales de edad también se han modificado, así como los criterios que se aplican para su diagnóstico en menores de 6 años.
- El **Trastorno Depresivo Mayor** incluye dos categorías que pretenden recoger con más exactitud la ideación suicida: desorden del comportamiento suicida y autolesión no suicida.
- Los **Trastornos sexuales** se dividen en 3 grupos distintos –Disfunciones sexuales, Trastornos Parafílicos y Disforia de Género. La **transexualidad** deja de considerarse un trastorno mental.
- Se incluyó el **Cuestionario para la evaluación de la discapacidad** de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS), el mismo permite evaluar los niveles de discapacidad global en los trastornos mentales. Se basa en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y es aplicable en todas las áreas de la medicina, en sustitución de la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento, que es más limitada.

Referencias:

American Psychiatric Association. (2008). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). American Psychiatric Pub.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.

Bernardi, R. (2010). DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátricos y psicoanalíticos. *Rev Psiquiatr Urug*, 74(2), 179-205.

Crocq, Marc-Antoine (2015). Una historia de la ansiedad: desde Hipócrates al DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2015 Sep; 17(3): 319–325.

Derito, María Norma Claudia (2006). Breve consideración histórica sobre las nosografías psiquiátricas. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 13, Nº 3, noviembre de 2006, págs. 67 a 108.

Garay, C. (2013). Sobre la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Disponible en http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=211:sobre-la-quinta-edición-del-manual-diagnostico-y-estadístico-de-los-trastornos-mentales-dsm-5-&catid=15:actualidad&Itemid=25

García Maldonado, G., Saldívar González, A. H., Llanes Castillo, A., & Sánchez Juárez, I. G. (2011). El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud mental*, 34(4), 367-378.

Lantéri-Laura, Georges (2000) Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna, Ed. Triacastela.

Lévi-Strauss, C. (1962). *El pensamiento salvaje*. México D. F: Fondo de Cultura Económica.

Organización Mundial de la Salud, (1992). CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Panamericana.

O. P. D., Grupo de Trabajo. (2008). Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona, Herder.

Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12(2), 92-98.

Sachdev, P. S. (2013). Is DSM-5 defensible?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(1), 10-11.

Widakowich, C. (2012). "El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos" en Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 17, Nº 4, págs. 365 a 374.