

DSM-5

VISIÓN GENERAL

Aspectos esenciales: enfermedad mental, modelos médicos y conductuales, perspectiva psicológica, clasificación diagnóstica y clasificaciones del DSM-5.

NOTA: Casi todas las afecciones mencionadas incluyen la advertencia de que la afección diagnosticada/especificada es tal que *la afección no se debe a los efectos de una sustancia (salvo en el caso de los trastornos relacionados con sustancias), ni se debe a otra afección médica; tampoco la presencia de la afección se explica mejor por el diagnóstico de otro trastorno mental. Por último, la afección provoca un malestar significativo y un deterioro en el funcionamiento social, académico, profesional o en otras áreas importantes.*

TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

Discapacidad intelectual

Los déficits se manifiestan en el razonamiento, la resolución de problemas y el pensamiento abstracto, según confirman diversas pruebas estandarizadas de inteligencia. Además, los déficits en el funcionamiento adaptativo se manifiestan en la incapacidad para vivir de forma independiente y ser socialmente responsable. Los déficits limitan el funcionamiento en el hogar, la escuela y la comunidad.

Trastornos de la comunicación

Dificultades persistentes, con inicio durante el desarrollo temprano, en el aprendizaje y uso del lenguaje en sus diversas formas (escrito, hablado) debido a déficits en la comprensión o producción. Los déficits (como estar significativamente por debajo de las normas aceptadas para la edad) se manifiestan en una reducción del vocabulario, incapacidad para expresarse debido a una estructura limitada de las frases y deterioro de la capacidad discursiva. Las dificultades no son atribuibles a una enfermedad subyacente.

Trastorno del espectro autista

Se caracteriza por problemas persistentes en la interacción social y la comunicación en una amplia gama de actividades, incluida una capacidad reducida para compartir emociones e intereses, y una capacidad deficiente en la comunicación y la comprensión de señales y gestos tanto verbales como no verbales. También se manifiesta por comportamientos y patrones repetitivos, insistencia en la uniformidad de las rutinas y fijación en intereses restringidos. Sensibilidad aumentada o falta de sensibilidad a los estímulos sensoriales del entorno.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Se caracteriza por una incapacidad crónica para prestar atención e impulsividad/hiperactividad que perjudica el funcionamiento y el desarrollo. Con frecuencia es incapaz de mantener el interés por una actividad o la concentración mental que requiere una tarea. Se distrae con facilidad y olvida actividades rutinarias. Incapacidad para estarse quieto o permanecer callado. Se muestra irascible e impaciente.

Trastorno específico del aprendizaje

Se caracteriza por problemas de aprendizaje en una serie de actividades académicas. Se manifiesta por una deficiente capacidad de escritura y comprensión lectora, y/o dificultad para aprender conceptos numéricos y aplicar habilidades de razonamiento numérico. El trastorno persiste a pesar de la intervención para mejorar las capacidades académicas y no se explica mejor por discapacidades intelectuales, déficits sensoriales específicos u otros factores externos.

Trastornos motores

Se caracterizan por una torpeza excesiva que se manifiesta en un aprendizaje y ejecución deficientes de las habilidades motrices coordinadas, con un rendimiento significativamente inferior a las normas aceptadas para su edad. Se manifiestan en una fase temprana del desarrollo.

Trastorno de movimientos estereotipados

Manifestado por comportamientos repetitivos, o patrones conductuales, que carecen de un propósito obvio. El comportamiento puede incluir balancearse y autoinfligirse daño (morder o golpear).

Trastornos por tics

Se caracterizan por comportamientos y/o vocalizaciones crónicos, inesperados, rápidos, improvisados y no fluidos. En el caso del *trastorno de Tourette*, tanto los tics motores como los vocales están presentes de forma concurrente; mientras que en el *trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónicos)*, los tics motores y vocales se producen por separado.

Otros trastornos del neurodesarrollo

Se caracteriza por la manifestación de síntomas de trastornos del neurodesarrollo que no pueden clasificarse fácilmente como síntomas de esta categoría diagnóstica; los trastornos también provocan problemas en el ámbito laboral, social u otras áreas significativas del funcionamiento.

ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Trastorno esquizotípico de la personalidad: Véase la definición en la sección sobre trastornos de la personalidad.

Trastorno delirante: Delirios duraderos que pueden ir acompañados de alucinaciones no prominentes pertinentes a la naturaleza del propio delirio. El funcionamiento no se ve afectado de forma significativa aparte de los comportamientos específicamente relacionados con los delirios. En general, el comportamiento no parece extraño ni peculiar. Los tipos de delirios pueden ser *erotománicos*, *grandiosos*, *persecutorios*, *celosos*, *somáticos*, *mixtos* o *no especificados*.

Trastorno psicótico breve: Se caracteriza por alucinaciones, delirios, habla desorganizada e incoherente, o comportamiento muy desorganizado o catatónico. La duración del trastorno oscila entre 1 día y 1 mes.

Trastorno esquizofreniforme: Al menos dos de los siguientes síntomas se manifiestan durante un periodo que dura entre 1 y 6 meses: alucinaciones, delirios, habla incoherente desorganizada, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos como disminución de la expresividad emocional o avoliación.

Esquizofrenia: Al menos dos de los siguientes síntomas se manifiestan durante un periodo de al menos 6 meses: alucinaciones, delirios, habla incoherente desorganizada, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos como disminución de la expresividad emocional o abolición. La afección ha tenido un impacto negativo significativo en la capacidad para funcionar en áreas como la vida laboral, académica, interpersonal o el autocuidado.

Trastorno esquizoafectivo: Enfermedad caracterizada por un período continuo en el que están presentes los síntomas principales de la esquizofrenia y, durante la mayor parte de la duración de la afección, se presentan episodios importantes del estado de ánimo (depresivos o maníacos).

Trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos: Evidenciado por la manifestación de los síntomas del trastorno psicótico durante o poco después de la exposición a una sustancia o medicamento, o la abstinencia de los mismos.

Trastorno psicótico debido a otra afección médica: La afección es consecuencia directa de otra afección médica.

Catatonía: Indicada por la presencia de tres o más de los siguientes síntomas: estupor, catalepsia, flexibilidad cética, mutismo, negativismo, posturas, manierismo, estereotipia, agitación, muecas, ecolalia, ecopraxia.

TRASTORNOS BIPOLARES Y RELACIONADOS

Trastorno Bipolar 1: Caracterizado por los siguientes episodios:

- **Episodio maníaco:** Período de estado de ánimo exaltado, persistente y muy elevado, caracterizado por un aumento de la actividad, la energía o la irritabilidad que dura al menos una semana; se caracteriza por la presencia de al menos tres de los siguientes factores: grandiosidad, insomnio, gárrula, sucesiones rápidas de pensamientos incoherentes e inconexos, dificultad para prestar atención y concentrarse, agitación, inquietud, aumento de la actividad dirigida a objetivos, participación excesiva en conductas desenfrenadas con una alta probabilidad de resultados negativos (por ejemplo, compras compulsivas, juego, emprender negocios de alto riesgo).
- **Episodio hipomaníaco:** Similar al episodio maníaco, pero el período dura al menos 4 días consecutivos.
- **Episodio depresivo mayor:** Indicado por la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas durante un período sostenido de 2 semanas: estado de ánimo negativo persistente, disminución de la satisfacción o del placer al realizar casi todas las actividades, pérdida significativa de peso, insomnio o hiposomnio crónico, agitación, fatiga, sentimientos de inutilidad, dificultad para concentrarse o enfocar, ideación suicida.

Trastorno bipolar II: Se cumplen las condiciones para un episodio hipomaníaco actual o previo y también deben cumplirse las condiciones para un episodio depresivo mayor actual o previo.

Trastorno ciclotímico: Durante un período de al menos 2 años, los síntomas de hipomanía y depresión han aparecido en numerosas ocasiones; sin embargo, no se han cumplido los criterios para un episodio hipomaníaco o un episodio depresivo mayor. Durante el intervalo de 2 años, los períodos hipomaníacos y depresivos se han producido al menos la mitad de las veces y el paciente no ha estado libre de síntomas durante más de 2 meses seguidos.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo: Se caracteriza por estallidos frecuentes de mal humor durante un período de al menos 1 año, sin más de 3 meses sin estallidos. Por término medio, los arrebatos se producen tres o más veces por semana, y el estado de ánimo del individuo es crónicamente irritable y colérico. El diagnóstico suele realizarse entre los 6 y los 18 años.

Trastorno depresivo mayor: Se caracteriza por los síntomas de un episodio depresivo mayor.

Trastorno depresivo persistente (distimia): Los síntomas representan una amalgama de síntomas de trastorno depresivo mayor crónico y trastorno distímico durante al menos 2 años. Debe presentar dos de los siguientes síntomas: falta de apetito o comer en exceso, insomnio o hipersomnias; fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse, indecisión y desesperanza.

Trastorno disfórico premenstrual: Para que se aplique este diagnóstico deben cumplirse tres condiciones necesarias:

1. Los síntomas deben estar presentes durante la mayoría de los ciclos menstruales; al menos cinco de estos síntomas deben manifestarse durante la última semana antes del inicio de la menstruación, la mejoría debe ser perceptible pocos días después del inicio de la menstruación; los síntomas deben ser mínimos o remitir la semana posterior a la menstruación.
2. Al menos uno de los siguientes síntomas debe manifestarse: cambios de humor severos y aumento de la sensibilidad emocional, irritabilidad y roces interpersonales, estado de ánimo significativamente deprimido, ansiedad considerable y agitación emocional.
3. Al menos uno de los siguientes síntomas debe manifestarse hasta un total acumulado de al menos cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del punto 2 anterior: disminución del interés por las actividades cotidianas, dificultad para centrarse y concentrarse, letargo significativo, cambios marcados en los hábitos alimentarios (comer en exceso o fijarse en determinados alimentos), insomnio o hipersomnias, sensación de agobio, cambios físicos notables como hinchazón, aumento de peso, hinchazón de las articulaciones o dolor muscular.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y TRASTORNOS RELACIONADOS

Trastorno obsesivo-compulsivo: Indicado por la presencia de obsesiones (pensamientos o imágenes no deseados e intrusivos que se experimentan de forma repetitiva y provocan angustia; la persona intenta contrarrestar y aliviar estos pensamientos e imágenes con otros pensamientos o acciones) y/o compulsiones (acciones ritualizadas repetitivas que el individuo se siente obligado a realizar para aliviar la angustia provocada por las obsesiones). Los rituales repetitivos están causalmente desconectados de las obsesiones que intentan contrarrestar y/o son excesivos en su aplicación (por ejemplo, comprobar y volver a comprobar una y otra vez que una puerta está cerrada cuando bastaría con una confirmación). Las obsesiones y/o compulsiones son duraderas, de al menos una hora al día.

Trastorno dismórfico corporal: Indicado por una atención desmesurada a al menos un defecto percibido en la apariencia física que es imperceptible o parece leve para otros observadores. El individuo adopta comportamientos repetitivos como medio de obtener seguridad acerca de sus preocupaciones sobre la apariencia.

Trastorno de acumulación: Indicado por una dificultad crónica para deshacerse de las posesiones independientemente de su valor. Este comportamiento surge de la necesidad de guardar objetos y de la angustia asociada a quedarse sin ellos. La acumulación de objetos es tan excesiva que dificulta la habitabilidad.

Tricotilomanía (trastorno por arrancarse el pelo): Tirones repetitivos del propio cabello que provocan su caída, acompañados de intentos repetidos de poner fin a este comportamiento.

Trastorno de excoriación: Comportamientos recurrentes de arrancarse la piel que provocan lesiones cutáneas, acompañados de intentos reiterados de abandonar este comportamiento.

Trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicamentos: Existen pruebas de que los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo se manifiestan simultáneamente o tras la intoxicación por sustancias, la abstinencia o la exposición a un medicamento; la sustancia/medicamento en cuestión es capaz de provocar ansiedad grave.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

NOTA: Los trastornos de ansiedad suelen durar al menos 6 meses, implican una respuesta de miedo desproporcionada en relación con el peligro real planteado e implican conductas desadaptativas por parte del individuo para evitar la entidad o situación que provoca la ansiedad.

Trastorno de ansiedad por separación: Ansiedad desmesurada ante la separación de personas con las que el individuo ha establecido un vínculo afectivo estrecho, que se manifiesta por la presencia de al menos tres de las siguientes condiciones: ansiedad intensa y recurrente al anticipar o experimentar la separación del hogar o de las personas significativas, rumiación incesante sobre la posibilidad de que las personas significativas sufran algún daño, rechazo crónico o falta de voluntad para aventurarse fuera del hogar debido al miedo a la separación, ansiedad crónica y significativa por quedarse solo y separado de las figuras de apego, rechazo o falta de voluntad para dormir fuera del hogar mientras se está separado de las figuras de apego, pesadillas recurrentes sobre la separación, problemas físicos recurrentes (dolores de cabeza, náuseas, malestar gastrointestinal) al anticipar o experimentar la separación.

Mutismo selectivo: Caracterizado por reticencia en situaciones en las que se espera que hable; la afección interfiere con aspectos sociales, educativos o vocacionales de la vida; la afección dura al menos 1 mes; la reticencia no se debe a dificultades con el vocabulario o el lenguaje (p. ej., aprendizaje de una lengua extranjera).

Fobia específica: Se caracteriza por una respuesta de miedo desproporcionada a un objeto o situación específicos; la respuesta de miedo casi siempre es provocada inmediatamente por la presencia del objeto o situación fóbica; la entidad que produce la fobia se evita activamente o sólo se tolera con gran ansiedad; el miedo manifestado es desproporcionado en relación con el peligro real que representa la entidad que produce la fobia; las respuestas de miedo y evitación suelen persistir durante al menos 6 meses.

Trastorno de ansiedad social: Indicado por un miedo desmesurado a situaciones en las que la persona puede estar sujeta a la evaluación de otros; tales situaciones pueden incluir escenarios como reuniones, conversaciones con desconocidos, ser observado o dar discursos o presentaciones. La persona está muy preocupada por la posibilidad de comportarse de forma inadecuada que pueda ser interpretada de forma negativa (provocando rechazo, vergüenza, ridículo u ofensa). Las situaciones sociales se evitan o se soportan con gran ansiedad.

Trastorno de pánico: Un ataque de pánico es una respuesta de miedo repentina, inesperada e intensa durante la cual la ansiedad aumenta con rapidez en cuestión de minutos. Para que se considere un trastorno de pánico, la afección debe incluir ataques de pánico recurrentes y al menos cuatro de los siguientes síntomas: taquicardia, sudoración, temblores, dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o malestar torácico, náuseas o malestar gastrointestinal, vértigo o sensación de pérdida de equilibrio o sensación de desmayo y mareo, sensación de calor o frío, parestesias, desrealización, miedo a perder el control emocional, miedo a morir. Al menos uno de los ataques de pánico ha sido precedido por uno o ambos de los siguientes síntomas durante al menos un mes: preocupación crónica por experimentar ataques de pánico adicionales (y sus posibles consecuencias), un marcado esfuerzo por adoptar conductas para evitar los ataques de pánico.

Agorafobia: Ansiedad significativa ante al menos dos de los siguientes escenarios: utilizar el transporte público, estar en espacios abiertos, estar en espacios cerrados, estar en una multitud, estar solo fuera de casa.

NOTA: Los escenarios mencionados se evitan por miedo a quedar atrapado o a experimentar síntomas de pánico. Los escenarios agorafóbicos casi siempre provocan angustia y ansiedad. Las respuestas de miedo suelen durar al menos 6 meses, y los escenarios agorafóbicos se evitan, requieren que el individuo esté acompañado o se soportan mientras se experimenta un miedo intenso.

Trastorno de ansiedad generalizada: Preocupación excesiva por una variedad de situaciones, que se produce más días de los habituales y dura al menos 6 meses. A la persona le resulta difícil no rumiar los escenarios que le causan preocupación. Deben presentarse al menos tres de los siguientes síntomas (uno de los cuales debe durar al menos 6 meses): agitación, pérdida de energía, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para dormir.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos: Existen pruebas de que los ataques de pánico se producen simultáneamente o tras la intoxicación por sustancias, la abstinencia o la exposición a un medicamento; la sustancia/medicamento en cuestión es capaz de provocar ansiedad grave.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL TRAUMA Y EL ESTRÉS

Trastorno reactivo del apego: Indicado por un patrón conductual crónico de retraimiento emocional con los cuidadores adultos manifestado antes de los 5 años de edad, y el niño tiene un desarrollo de al menos 9 meses de edad. El trastorno se manifiesta por la presencia de dos de los siguientes factores: el niño rara vez busca consuelo cuando está angustiado, el niño responde mínimamente al consuelo que se le proporciona cuando está angustiado. Además, se manifiestan al menos dos de los siguientes síntomas: mínima receptividad social, mínimo afecto positivo, periodos de irritabilidad, miedo o tristeza inexplicables durante periodos de interacción no amenazante con los adultos que lo cuidan. El niño ha recibido unos cuidados extremadamente insuficientes, según lo revela al menos una de las siguientes manifestaciones: negligencia grave debida a la falta crónica de cuidados afectivos adecuados por parte de los cuidadores adultos, inestabilidad por una serie de cambios frecuentes en los cuidadores adultos, crianza en entornos que limitan gravemente la disponibilidad de vínculos con los cuidadores adultos.

Trastorno de compromiso social desinhibido: Manifestado por el patrón de un niño de buscar e interactuar con adultos desconocidos, y la presencia de al menos dos de las características siguientes: falta de reticencia al interactuar con adultos desconocidos, comportamiento físico o verbal excesivamente familiar con adultos desconocidos, poca consideración por volver a conectar con adultos cuidadores incluso en entornos desconocidos, acompañar sin vacilar a adultos desconocidos.

Trastorno de estrés postraumático: Trastorno que dura al menos un mes y es consecuencia de la experiencia de muerte real o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual, manifestada por al menos uno de los siguientes factores:

- Experimentar o presenciar directamente uno o varios acontecimientos traumáticos.
- Ser consciente del sufrimiento de uno o varios familiares o amigos cercanos a causa de un suceso o sucesos traumáticos.
- Exposición frecuente a aspectos aversivos de acontecimientos traumáticos.

Síntomas de intrusión: Presencia de al menos uno de los siguientes síntomas después de sufrir un acontecimiento traumático:

- Recuerdos angustiosos recurrentes del evento.
- Pesadillas frecuentes relacionadas con el hecho traumático.

- *Flashbacks* que pueden ir acompañados de reacciones disociativas, como si el individuo estuviera reviviendo el acontecimiento traumático.
- Angustia reactiva intensa en presencia de señales que recuerdan el suceso traumático.
- Reacciones fisiológicas graves ante la exposición a señales que recuerdan aspectos del suceso o sucesos traumáticos.

Síntomas de evitación: Comportamientos crónicos de evitación que comienzan tras la ocurrencia del suceso o acontecimientos traumáticos, y que se manifiestan por al menos uno de los siguientes: intentos de evitar pensamientos, sentimientos o recuerdos angustiosos que recuerdan el suceso(s) traumático(s); evitación de estímulos externos que sirvan de recordatorio del/los suceso(s) traumático(s). *Estado de ánimo negativo:* Transformaciones negativas del estado de ánimo o del pensamiento relacionadas con el suceso o sucesos traumáticos, de aparición posterior al suceso y que se manifiestan por al menos dos de los siguientes factores:

- Amnesia disociativa: Incapacidad para recordar detalles del suceso o sucesos traumáticos.
- Actitudes y expectativas crónicas y excesivamente negativas sobre uno mismo, los demás o el entorno.
- Autoculpabilización (o culpar a otros) debido a pensamientos crónicos inexactos sobre la causa o el efecto del evento(s) traumático(s)
- Afecto negativo crónico.
- Pérdida de interés en actividades significativas.
- Alienación de los demás
- Incapacidad crónica para experimentar afecto positivo.

Síntomas de excitación: Cambios significativos en la sensibilidad al suceso o sucesos traumáticos que comienzan o empeoran después del suceso o sucesos traumáticos, indicados por al menos dos de los siguientes:

- Irritabilidad no provocada y rabietas.
- Actividades autodestructivas irresponsables
- Hipervigilancia
- Mayor reacción de sobresalto
- Dificultad para centrarse y concentrarse.
- Patrones de sueño alterados.

NOTA: El trastorno también puede ir acompañado de síntomas disociativos (es decir, despersonalización y desrealización). La manifestación del trastorno también puede tener una expresión tardía

cuando los criterios diagnósticos completos no se manifiestan hasta al menos 6 meses después del acontecimiento o acontecimientos traumáticos.

Trastorno por estrés agudo: Los síntomas de este trastorno son los mismos que los del trastorno de estrés postraumático. Se manifiestan al menos nueve síntomas que comienzan inmediatamente después del trauma y duran entre 3 días y 1 mes.

Trastornos de adaptación: Se manifiestan por la aparición de síntomas emocionales o conductuales como reacción a acontecimientos definitivos que provocan estrés, y dichos síntomas hacen su aparición en los 3 meses siguientes al/los acontecimiento(s). Los síntomas incluyen uno o ambos de los siguientes: malestar grave desproporcionado en relación con la intensidad del acontecimiento estresante, deterioro significativo en áreas clave del funcionamiento. Una vez que el/los acontecimiento(s) productor(es) de estrés o sus consecuencias han cesado, los síntomas persisten durante no más de 6 meses.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

La característica esencial de estos trastornos es la alteración de la integración de la conciencia en relación con la memoria, la identidad y la percepción del entorno. Estas alteraciones pueden ser graduales, transitorias o crónicas. Se han identificado las siguientes categorías:

Trastorno de identidad disociativo: Las características esenciales incluyen la presencia de dos o más estados de personalidad o identidades distintas que asumen de forma recurrente el control del comportamiento del individuo, acompañado de la incapacidad de recordar información personal importante que es demasiado extensa para ser explicada por un olvido ordinario.

Amnesia disociativa: Incapacidad de recordar información personal importante, normalmente de naturaleza traumática o estresante, que no puede explicarse con el olvido ordinario.

Trastorno de despersonalización/desrealización: Caracterizado por un sentimiento persistente y recurrente de estar alejado de uno mismo, de ser un espectador de su propia vida y de estar desvinculado de sus procesos mentales o de su cuerpo que se acompaña de una prueba de realidad intacta (es decir, el individuo es consciente de que se trata sólo de un sentimiento de autoalienación y no de la realidad como tal).

SÍNTOMA SOMÁTICO Y TRASTORNOS RELACIONADOS

Esta categoría engloba los trastornos caracterizados por la presencia de síntomas físicos observables que son indicativos de una afección médica general, pero que no se explican totalmente por una afección médica general, los efectos directos de una sustancia u otro trastorno mental. Los síntomas deben causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, profesional o de otras áreas de funcionamiento. Además, los síntomas deben ser involuntarios (no estar bajo control voluntario). Algunas subcategorías son las siguientes:

Trastorno de ansiedad por enfermedad: Preocupación por el miedo a padecer una enfermedad grave, o la idea de que se padece una enfermedad grave, basada en una interpretación errónea de los síntomas o funciones corporales.

Trastorno de conversión (Trastorno de Síntomas Neurológicos Funcionales): Indicado por síntomas o déficits inexplicables que afectan a las funciones motoras o sensoriales voluntarias y que sugieren una afección neurológica u otra afección médica general. Se cree que hay factores psicológicos implicados en los síntomas o déficits.

Factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas: Una afección médica se ve afectada negativamente por factores psicológicos al exacerbar la afección médica, interrumpir el tratamiento, provocar riesgos adicionales para la salud o exacerbar o provocar síntomas adicionales.

Trastornos facticios: Estos trastornos se caracterizan por síntomas físicos o psicológicos que se producen o fingen intencionadamente para aparentar estar enfermo. La conclusión de que un síntoma concreto se produce intencionadamente se hace por referencia a pruebas directas (por ejemplo, se descubre que el individuo está en posesión de drogas que pueden producir los síntomas) o mediante un proceso de eliminación por el que se descartan causas alternativas.

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La característica esencial es la presencia de trastornos persistentes de la alimentación; incluye la pica, el trastorno de rumiación y el trastorno alimentario en la infancia o en la niñez temprana.

Trastorno de rumiación: Se caracteriza por la regurgitación constante de alimentos durante un período de al menos un mes.

Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos:

Caracterizado por una evitación crónica o falta de interés por la comida (debido a los atributos sensoriales de los alimentos) en un grado que constituye una pérdida de peso significativa o una deficiencia nutricional. Puede requerir alimentación enteral.

Anorexia nerviosa: Se caracteriza por el rechazo del individuo a mantener un peso corporal mínimamente normal, un miedo intenso a engordar y una percepción significativamente distorsionada de la forma y el tamaño del propio cuerpo.

Bulimia nerviosa: Se caracteriza por atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso (por ejemplo, vómitos inducidos, uso indebido de laxantes y diuréticos). Además, la autoevaluación está excesivamente influida por la forma y el peso corporal.

Trastorno por atracón: Se caracteriza por periodos de atracones de una media de una vez a la semana durante al menos 3 meses. Los atracones se caracterizan por el consumo rápido de cantidades anormalmente grandes de comida, siendo aparentemente incapaz de controlar este comportamiento.

TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN

El trastorno suele ser involuntario y deben descartarse las causas fisiológicas primarias. Para poder diagnosticarlo, el trastorno debe presentarse durante periodos prolongados con incidentes que se repiten con frecuencia.

Encopresis: Consiste en defecar en lugares u ocasiones inadecuados.

Enuresis: Consiste en orinar en lugares u ocasiones inadecuados.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Trastornos primarios del sueño: Trastornos del sueño en los que se ha descartado el papel causal de otro trastorno mental, otra afección médica o una sustancia.

Trastorno de insomnio: Caracterizado por la incapacidad para conciliar el sueño o permanecer dormido, que ocurre al menos 3 noches a la semana y dura al menos 3 meses.

Trastorno por hipersomnolencia: Se caracteriza por un sueño excesivo que dura más de 9 horas y es insatisfactorio, acompañado de episodios de somnolencia durante el día y dificultad para mantenerse despierto después de despertarse completamente. El trastorno se produce al menos 3 veces por semana y dura al menos 3 meses.

Narcolepsia: Se caracteriza por episodios de una necesidad irresistible de dormir durante el mismo día. Se produce al menos 3 veces por semana y dura al menos 3 meses. Además, esta afección está indicada por la presencia de al menos uno de los siguientes factores: episodios de cataplejía, déficit de hipocretina, latencia de movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño.

Trastornos del sueño relacionados con la respiración

Estos trastornos incluyen la apnea hipopnea obstructiva del sueño, la apnea central del sueño, la hipoventilación relacionada con el sueño y los trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia.

Parasomnias

Indicadas por acontecimientos conductuales o fisiológicos anormales que ocurren en asociación con el sueño, etapas específicas del sueño o transiciones sueño-vigilia. Por lo tanto, se incluirían trastornos como las pesadillas, el terror al sueño y el sonambulismo.

Trastornos de la excitación del sueño sin movimientos oculares

rápidos: Se caracterizan por periodos de incapacidad para despertarse completamente; durante estos periodos se experimenta poca o ninguna imagen onírica y el individuo no recuerda el episodio posteriormente. El trastorno está indicado por uno de los siguientes síntomas:

- **Sonambulismo:** Se caracteriza por levantarse reiteradamente durante el sueño y caminar de un lado a otro, sin reaccionar y siendo difícil despertarlo.
- **Terror nocturno:** Se caracterizan por despertar bruscamente del sueño en un estado de pánico. Se presentan los síntomas típicos de un ataque de pánico y la persona es relativamente insensible a los intentos de ser sometida o calmada.

Trastorno de pesadillas: Se caracteriza por la presencia reiterada de sueños extremadamente amenazadores que se recuerdan con precisión, acompañados de la capacidad del individuo para despertarse completamente.

Trastorno de la conducta del sueño con movimientos oculares rápidos (MOR): Se caracteriza por casos recurrentes de despertar repentino acompañado de vocalizaciones y/o movimientos complejos.

Los episodios ocurren durante las fases REM del sueño y el individuo no tiene problemas para despertarse completamente y estar alerta.

Síndrome de piernas inquietas: Se caracteriza por una necesidad aparentemente irresistible de cambiar la posición de las piernas, debido a la incomodidad de permanecer quieto. Se manifiesta principalmente por la noche y se produce al menos 3 veces por semana durante al menos 3 meses.

Trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos: Se caracteriza por una interrupción muy significativa del sueño tras la exposición a un medicamento/sustancia, poco después o durante la abstinencia. El medicamento/sustancia sospechosa tiene la propensión a producir estas interrupciones muy significativas del sueño.

DISFUNCIONES SEXUALES

Eyaculación retardada: Durante un periodo de al menos 6 meses, el individuo experimenta un retraso significativo no deseado en la eyaculación, infrecuencia de la misma o ausencia de eyaculación en casi todas las ocasiones de actividad sexual en pareja.

Trastorno eréctil: Indicado por la incapacidad persistente y recurrente de alcanzar o mantener una erección adecuada hasta la finalización de la actividad sexual.

Trastorno orgásmico femenino: Caracterizado por el retraso persistente o recurrente o la ausencia de orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. Dado que las mujeres manifiestan una amplia variabilidad en su respuesta orgásmica, este diagnóstico debe hacerse con cuidado; factores como la edad, la experiencia sexual, el estado general de salud y el grado de estimulación sexual aplicado deben sopesarse cuidadosamente.

Trastorno del interés/excitación sexual femenina: Indicado por una gran disminución o ausencia de interés/excitación sexual durante al menos 6 meses. La falta de interés/excitación está presente en casi todas las ocasiones de actividad sexual, y hay una respuesta muy disminuida o ausente a la estimulación sexual tanto mental como física.

Dolor genitopélvico/trastorno de penetración: Indicado por dolor genital experimentado con el coito; aunque lo más frecuente es que se presente durante el coito, el dolor también puede estar presente antes o después del coito. La afección también puede incluir la contracción

involuntaria persistente o recurrente de los músculos perineales que rodean el tercio externo de la vagina cuando se intenta la penetración vaginal. La afección dura al menos 6 meses.

Trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino: Se caracteriza por una falta crónica de interés o deseo por la estimulación o la actividad sexual. El trastorno dura al menos 6 meses.

Eyacuación precoz: Indicada por eyaculaciones repetidas que se producen aproximadamente un minuto después de la penetración, durante la actividad sexual con la pareja. Dura al menos 6 meses y se manifiesta en casi todos los casos de actividad sexual.

Disfunción sexual inducida por sustancias o medicamentos: Indicada por una alteración grave del funcionamiento sexual tras la exposición a un medicamento/sustancia, poco después o durante la abstinencia. El medicamento/sustancia sospechoso es propenso a producir estas alteraciones muy significativas del funcionamiento sexual.

DISFORIA DE GÉNERO

Los trastornos de disforia de género se manifiestan por una identificación intergenérica fuerte y persistente acompañada de un malestar persistente con el propio sexo. Debe existir una identificación intergenérica fuerte y persistente que no se deba meramente a un deseo de alcanzar las ventajas culturales o sociales percibidas por ser del otro sexo. También debe estar presente un malestar persistente con el propio sexo o una sensación de inadecuación al rol de género de ese sexo. Además, la alteración no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia.

TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA

La característica esencial de estos trastornos es la incapacidad para resistir un impulso o tentación de realizar un acto perjudicial para uno mismo o para los demás. Por lo general, el individuo experimenta un aumento de la tensión o la excitación antes de cometer el acto, seguido de alivio, placer o gratificación tras completarlo. Pueden aparecer o no sentimientos de culpa, arrepentimiento o autorrecriminación.

Trastorno de oposición desafiante: Se caracteriza por manifestaciones repetitivas de enfado, humor irritable y

comportamientos argumentativos, desafiantes y vengativos durante un período de al menos 6 meses. La afección se manifiesta con al menos un individuo que no es un hermano.

Trastorno explosivo intermitente: Se caracteriza por episodios aislados de incapacidad para contener los impulsos agresivos, que provocan agresiones graves o la destrucción de bienes. El grado de agresividad mostrado es manifiestamente desproporcionado en relación con la provocación física o psicológica objetiva.

Trastorno de conducta: Indicado por casos repetitivos de actividad en un período de 1 año, en los que el individuo muestra comportamientos que pueden incluir (con al menos uno presente durante 6 meses): agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo, y/o transgresiones graves de las normas.

Piromanía: La característica esencial es encender fuego por placer, gratificación y alivio de la tensión. Existe fascinación, curiosidad y atracción por contextos situacionales con fuego, presenciando sus efectos o participando en sus secuelas.

Cleptomanía: Indicada por la incapacidad recurrente de resistir los impulsos de robar objetos que no se necesitan para uso personal o valor monetario. El robo no se debe a venganza, necesidad de supervivencia, ni a alucinaciones.

TRASTORNOS ADICTIVOS Y RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

La principal característica de estos trastornos es un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y psicológicos indicativos de un consumo continuado de sustancias a pesar de los importantes problemas relacionados con su uso. Una consideración importante es que existe un cambio subyacente persistente en la química cerebral que dura más allá de la desintoxicación. Los cambios conductuales que se manifiestan, debido a la alteración de la química cerebral pueden incluir recaídas crónicas y deseos intensos de consumir la sustancia cuando se les presentan estímulos relacionados con ella. Las clases de drogas que comprenden estos trastornos incluyen el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, los hipnóticos, los ansiolíticos, los estimulantes y el tabaco.

Trastornos no relacionados con sustancias

Trastorno de juego: Indicado por una conducta de juego desadaptativa persistente y recurrente que perturba las actividades personales, familiares o profesionales.

TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS

Delirio: La característica esencial de este trastorno es una alteración de la conciencia y de la cognición que se desarrolla en un breve intervalo de tiempo. Los subtipos incluyen el delirio, debido a una afección médica general, el delirio inducido por sustancias y el delirio debido a etiologías múltiples.

Trastornos neurocognitivos graves y leves

- **Trastorno neurocognitivo grave:** Indicado por un deterioro cognitivo grave en al menos una de las siguientes áreas del funcionamiento cognitivo: atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, percepción-motricidad o cognición social. El deterioro cognitivo afecta a la realización de las actividades cotidianas. El deterioro cognitivo no se manifiesta únicamente en el contexto del delirio. El trastorno puede ser consecuencia de la enfermedad de Alzheimer, la degeneración lobar frontotemporal, la enfermedad con cuerpos de Lewy, una enfermedad vascular, una lesión cerebral traumática, el consumo de sustancias o medicamentos, la infección por VIH, la enfermedad por priones, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington, otra afección médica, múltiples etiologías o una causa no especificada.
- **Demencia:** Englobada en el trastorno neurocognitivo mayor y mantenida como alternativa. La demencia incluye múltiples déficits cognitivos y, por tanto, es un diagnóstico más limitado que el trastorno neurocognitivo mayor.
- **Trastorno neurocognitivo leve:** Indicado por una disminución moderada del funcionamiento cognitivo que no perturba la realización de las actividades cotidianas. Otros indicadores de esta afección son similares a los del trastorno neurocognitivo mayor.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Trastorno general de la personalidad: Patrones duraderos de experiencia interna y comportamiento que se desvían significativamente de las expectativas de la cultura del individuo, son generalizados e inflexibles, se originan en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta, son estables en el tiempo y provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en una o más áreas importantes del funcionamiento (por ejemplo, social, académico u ocupacional).

Trastorno paranoide de la personalidad: Indicado por un patrón de desconfianza y desconfianza generalizada hacia los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos. Los acontecimientos y las acciones de los demás se interpretan de la forma más negativa posible, y las convicciones sobre la hostilidad de los demás se basan en escasas o nulas pruebas objetivas.

Trastorno esquizoide de la personalidad: Las características esenciales incluyen un patrón generalizado de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de emociones en entornos interpersonales. El individuo suele evitar la interacción social, prefiere las actividades e intereses solitarios y parece obtener poco o ningún placer de las relaciones sensoriales, corporales o interpersonales. El afecto suele ser plano y sin expresión, y prefiere los intereses intelectuales abstractos, como la mecánica, las matemáticas o la informática.

Trastorno esquizotípico de la personalidad: Indicado por casos recurrentes de carencia de habilidades sociales o interpersonales adecuadas, acompañados de un malestar agudo y una capacidad disminuida para mantener relaciones estrechas. Se manifiesta en los primeros años de la edad adulta y se caracteriza además por distorsiones perceptivas y pensamientos, habla, creencias y comportamientos extraños.

Trastorno antisocial de la personalidad: Los rasgos esenciales incluyen un patrón generalizado de desprecio y violación de los derechos de los demás que comienza en la infancia o en la adolescencia temprana y continúa en la edad adulta. El engaño, la manipulación y la explotación son características centrales de este trastorno de la personalidad. También puede estar presente un patrón de impulsividad, de forma que las decisiones se toman caprichosamente, con poca o ninguna previsión o planificación.

Trastorno límite de la personalidad: Indicado por un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la

imagen de sí mismo y de los afectos, acompañado de una marcada impulsividad con un inicio en la edad adulta temprana y presente en una variedad de contextos. El individuo estará a menudo intensamente preocupado por el abandono y hará todo lo posible para evitar el abandono real o imaginario. La percepción de una pérdida inminente, el rechazo, la separación, el abandono o la pérdida de estabilidad y estructura externas pueden producir profundas alteraciones en la autoimagen, el afecto, la cognición y el comportamiento.

Trastorno histriónico de la personalidad: Se caracteriza por una emocionalidad generalizada y excesiva y un comportamiento de búsqueda de atención, que se origina en la edad adulta temprana y se manifiesta en diversos contextos. El individuo se siente incómodo y poco apreciado si no es el centro de atención. Los individuos con este trastorno suelen comportarse de forma melodramática, histriónica y coqueta.

Trastorno narcisista de la personalidad: Se caracteriza por un patrón generalizado de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía, que se origina en la edad adulta temprana y se manifiesta en diversos contextos. El individuo tiene un sentido exagerado de la autoimportancia, a menudo mostrando un comportamiento engreído y jactancioso mientras sobreestima sus habilidades y logros.

Trastorno de la personalidad por evitación: Se caracteriza por una preocupación desmesurada por ser desaprobado, rechazado socialmente o criticado. El individuo sufre sentimientos crónicos de incompetencia y es hipersensible a las posibles evaluaciones negativas de los demás. Típicamente, se evita la participación interpersonal o social significativa, debido al miedo a ser expuesto, ridiculizado o avergonzado. Dada la necesidad constante de tranquilidad, seguridad y certeza de aceptación, el individuo suele llevar una existencia social bastante aislada o restringida.

Trastorno de la personalidad dependiente: Indicado por una necesidad desmesurada y crónica de ser cuidado, que se traduce en un comportamiento de aferramiento sumiso y un miedo a la separación, el abandono o el rechazo. Debido a una autopercepción de ser incapaz de funcionar sin la ayuda de los demás, el individuo muestra una variedad de comportamientos sumisos y dependientes con el fin de provocar el cuidado y la crianza de los demás. El individuo tiende a mostrarse indeciso incluso sobre asuntos cotidianos y requiere muchos consejos y seguridad por parte de los demás, debido a su naturaleza extremadamente pasiva.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad: Indicado por la presencia de obsesiones (pensamientos o imágenes no deseados e intrusivos que se experimentan de forma repetitiva y provocan angustia; la persona intenta contrarrestar y aliviar estos pensamientos e imágenes con otros pensamientos o acciones) y/o compulsiones (acciones repetitivas y ritualizadas que el individuo se siente obligado a realizar para aliviar la angustia provocada por las obsesiones). Los rituales repetitivos están causalmente desconectados de las obsesiones que se intentan contrarrestar y/o son excesivos en su aplicación (por ejemplo, comprobar y volver a comprobar una y otra vez que una puerta está cerrada cuando bastaría con una comprobación). Las obsesiones y/o compulsiones son duraderas, de al menos una hora al día.

Cambio de personalidad debido a otra afección médica: Indicado por la presencia de una alteración persistente de la personalidad atribuida a los efectos fisiológicos directos de una afección médica general. La alteración de la personalidad debe manifestarse como un cambio significativo del patrón de personalidad característico previo del individuo.

TRASTORNOS PARAFÍLICOS

La presencia de una parafilia *per se* no es un trastorno a menos que vaya acompañada de angustia que cause deterioro en el individuo, o represente un daño, o riesgo de daño, a otros. Además, para que se considere un trastorno, la afección debe durar al menos 6 meses.

Trastorno voyeurista: Consiste en la observación subrepticia de individuos desprevenidos, normalmente extraños, que están desnudos, en proceso de desvestirse o realizando una actividad sexual. El objetivo de la observación es alcanzar la excitación sexual y, posiblemente, el orgasmo si se practica la masturbación al mismo tiempo que el voyeurismo. Generalmente, no se busca actividad sexual con el individuo observado.

Trastorno exhibicionista: Consiste en obtener placer o excitación sexual exponiendo los genitales a un extraño. Ocasionalmente el individuo se masturba mientras se expone. No suele haber ningún intento de iniciar la actividad sexual con el extraño.

Trastorno Frotteurístico: Consiste en experimentar reiteradamente una gran excitación sexual al frotarse o tocar a personas no consentidoras, lo que se manifiesta en fantasías, impulsos o actividades.

Trastorno de masoquismo sexual: Consiste en actos (reales, no simulados) en los que el individuo obtiene excitación sexual al ser humillado, golpeado, atado o hecho sufrir de cualquier otra forma.

Trastorno de sadismo sexual: Consiste en actos (reales, no simulados) en los que el individuo obtiene excitación sexual del sufrimiento físico o psicológico (incluida la humillación) de la víctima.

Trastorno pedófilo: Implica actividad sexual con un niño prepúber (normalmente menor de 13 años); el pedófilo debe tener al menos 16 años y ser al menos 5 años mayor que el niño. Deben tenerse en cuenta tanto la madurez sexual del niño como la diferencia de edad.

Trastorno fetichista: Implica la utilización de objetos no vivos (el "fetichismo") con el fin de obtener placer sexual o producir excitación sexual. La ausencia del fetiche puede ir acompañada de disfunción eréctil en los varones.

Trastorno de transvestismo: Consiste en travestirse con el fin de obtener placer o excitación sexual. Este trastorno sólo se describe en varones heterosexuales y no está indicado cuando el travestismo se produce como elemento del trastorno de identidad de género.

TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO INDUCIDOS POR LA MEDICACIÓN Y OTROS EFECTOS ADVERSOS DE LA MEDICACIÓN

Las afecciones que se mencionan a continuación *no son trastornos mentales*, pero se incluyen por su relevancia para la administración de medicación para los trastornos mentales y el diagnóstico diferencial de los trastornos mentales. Establecer una relación causal directa entre el trastorno y un medicamento sospechoso de causarlo no siempre está claro ni es posible, ya que estos trastornos también pueden manifestarse a veces en ausencia del medicamento.

NOTA: Los medicamentos *neurolépticos* (también llamados *antipsicóticos*) son propensos a inducir trastornos del movimiento como efecto secundario. Estos efectos secundarios se *denominan síntomas extrapiramidales* y pueden incluir discinesias agudas y reacciones distónicas, discinesia tardía, parkinsonismo, acinesia, acatisia y síndrome neuroléptico maligno. Los neurolépticos típicos son los antipsicóticos de primera generación, como la clorpromazina, el haloperidol y la flufenazina, y los de segunda generación, como la clozapina, la risperidona, la olanzapina y la quetiapina, así como

determinados fármacos bloqueantes de los receptores dopaminérgicos, como la proclorperazina, la prometazina, la trimetobenzamida, la tietilperazina y la metoclopramida, y el antidepresivo amoxapina.

Parkinsonismo inducido por neurolépticos: Se caracteriza por temblores parkinsonianos, rigidez muscular, dificultad o incapacidad para moverse (acinesia) o lentitud de movimientos (bradicinesia). Estos síntomas suelen manifestarse a las pocas semanas de empezar a tomar un medicamento o de modificar su dosis.

Síndrome neuroléptico maligno: Se caracteriza por sudoración excesiva y rigidez muscular generalizada que no responde al tratamiento. El estado mental del individuo se encuentra en un estado alterado de conciencia que va desde el estupor al coma, pasando por el delirio. Los síntomas suelen manifestarse en los tres días siguientes a la exposición a agentes antagonistas de la dopamina.

Distonía aguda inducida por medicamentos: Se caracteriza por contracciones musculares atípicas y duraderas de los ojos, la cabeza, el cuello, las extremidades o el tronco. Los síntomas suelen manifestarse a los pocos días de empezar a tomar un medicamento o de modificar su dosis.

Acatisia inducida por medicamentos: Se caracteriza porque la persona se encuentra en un estado agitado e inquieto y es incapaz de estarse quieta. Estos síntomas suelen manifestarse a las pocas semanas de empezar a tomar un medicamento o de modificar su dosis.

Discinesia tardía: Se caracteriza por movimientos involuntarios y lentos o movimientos involuntarios, irregulares y espasmódicos (que duran al menos unas semanas) de la parte inferior de la cara, la mandíbula, la lengua y las extremidades. Los síntomas suelen manifestarse tras unos meses de la administración de la medicación neuroléptica. Si la enfermedad se manifiesta después de interrumpir o modificar la administración de un neuroléptico, se denomina *discinesia emergente por abstinencia de neurolépticos*.

Distonía tardía: Se caracteriza por contracciones musculares involuntarias que precipitan movimientos repetitivos lentos o posturas anormales. Estos síntomas son tardíos en el sentido de que se manifiestan tarde en el tratamiento, se desarrollan con lentitud y pueden perdurar durante un intervalo prolongado tras el cese de la administración de un neuroléptico o la reducción de su dosis.

Acatisia tardía: Se caracteriza por movimientos agitados, inquietos e intranquilos. Estos síntomas son tardíos porque se manifiestan tarde en

el tratamiento, se desarrollan lentamente y pueden persistir durante un intervalo prolongado tras interrumpir la administración de un neuroléptico o reducir su dosis.

Temblor postural inducido por la medicación: Temblor fino similar a los temblores asociados con la ansiedad, la cafeína o el uso de otros estimulantes. El temblor aparece cuando el individuo intenta mantener una postura. También se manifiesta en asociación con el uso de medicación.

Otros trastornos del movimiento inducidos por medicación: Esta clasificación es para los trastornos del movimiento inducidos por medicación no incluidos previamente en la lista; cuando la afección parece estar asociada con el uso de una medicación no neuroléptica.

Síndrome de discontinuación de antidepresivos: Se manifiesta tras una interrupción brusca, o una reducción significativa de la dosis, de un medicamento antidepresivo utilizado durante al menos un mes. Los síntomas suelen aparecer entre 2 y 4 días después de interrumpir (o reducir significativamente la dosis) el uso de la medicación. Los síntomas varían en función de la medicación interrumpida, pero pueden incluir náuseas, visión de destellos luminosos y sensación de descargas eléctricas, así como hipersensibilidad a la luz y al sonido. Otros síntomas pueden ser insomnio, mareos, ansiedad y zumbidos en los oídos. Los síntomas se alivian si se reintroduce la medicación o se empieza a tomar un medicamento similar.

OTRAS AFECCIONES QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA

Las afecciones de esta sección *no son trastornos mentales*, pero son relevantes en la medida en que puedan justificar la atención clínica o influir en el diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental. Las afecciones incluidas en esta sección también sirven para codificar el motivo de la visita de un paciente o para aclarar la necesidad de una prueba, procedimiento o tratamiento.

Problemas relacionales

Las relaciones importantes, como las que se establecen entre parejas adultas íntimas, o entre hijos y cuidadores, pueden tener un impacto significativo en el bienestar mental de un individuo. Estas relaciones tienen un impacto positivo, neutro o negativo en la salud mental. En casos graves, el impacto negativo de los problemas relacionales puede tener importantes repercusiones psicológicas en el individuo afectado.

Problemas relacionados con la crianza familiar

- Problema relacional entre padres e hijos
- Problemas de relación entre hermanos
- Crianza lejos de los padres
- Niño afectado por el malestar en la relación con sus padres

Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario

- Dificultades en la relación con el cónyuge o la pareja íntima
- Desestructuración familiar por separación o divorcio
- Alto nivel de emociones expresadas dentro de la familia
- Duelo no complicado

Abuso y abandono

El maltrato por parte de otras personas significativas merece atención clínica cuando dicho maltrato es una consideración clave en el diagnóstico y tratamiento de personas con trastornos mentales y de otro tipo. Las condiciones en esta sección pueden justificar importantes consideraciones legales; y la historia pasada de ocurrencias repetitivas de abuso y/o negligencia también puede anotarse junto con el diagnóstico.

Problemas de maltrato y negligencia infantil

- Maltrato físico infantil
- Abuso sexual infantil
- Negligencia infantil
- Maltrato psicológico infantil

Maltrato y abandono de adultos

- Violencia física del cónyuge o pareja
- Violencia sexual del cónyuge o pareja
- Abandono del cónyuge o pareja
- Maltrato psicológico por parte del cónyuge o pareja
- Maltrato de adultos por alguien que no es cónyuge ni pareja

Problemas educativos y laborales

Problemas educativos

Las condiciones de esta sección son pertinentes cuando las dificultades académicas o educativas justifican la necesidad de una evaluación clínica o influyen en el tratamiento, el diagnóstico o el pronóstico. Los problemas abordados pueden incluir bajo rendimiento académico, logros insuficientes y problemas con los profesores, el personal o los alumnos. También son dignos de consideración los problemas relacionados con el analfabetismo o la baja alfabetización, y cualquier otro problema derivado de la educación y/o la alfabetización.

- Problema académico o educativo

Problemas profesionales

Las condiciones de esta sección son relevantes cuando los problemas relacionados con la ocupación justifican una evaluación clínica o influyen en el tratamiento o pronóstico del individuo. Los problemas pueden incluir estrés laboral o relacionado con el trabajo, dificultades para llevarse bien con superiores o compañeros, acoso sexual, pérdida del trabajo, cambios en las condiciones laborales y ambivalencia sobre las opciones profesionales.

- Problema relacionado con el actual despliegue militar
- Otros problemas relacionados con el empleo

Problemas económicos y de vivienda

Problemas de vivienda

- Personas sin hogar
- Vivienda inadecuada
- Discordia con el vecino, el inquilino o el casero
- Problemas relacionados con la vida en una institución residencial

Problemas económicos

- Falta de alimentos adecuados o de agua potable
- Pobreza extrema
- Bajos ingresos
- Seguridad social o ayudas sociales insuficientes
- Problemas económicos o de vivienda no especificados

Otros problemas relacionados con el entorno social

- **Problema de la fase de la vida:** La inclusión en esta categoría es apropiada cuando las cuestiones relativas a un ajuste o transición en el estilo de vida justifican la atención clínica o influyen en su tratamiento. Los problemas relevantes pueden incluir la jubilación, la marcha de los hijos de casa, el matrimonio, tener hijos y el inicio o finalización de una etapa educativa.
- Problema relacionado con vivir solo
- Dificultad de aculturación
- Exclusión o rechazo social
- **Objeto de discriminación o persecución adversa (percibida):** La inclusión en esta categoría es apropiada cuando el individuo percibe o experimenta casos de discriminación o persecución que parecen deberse a su pertenencia (o percepción de pertenencia) a determinados grupos como raza, religión, género, etnia,

orientación sexual, afiliación política, discapacidad, estatus social, peso o apariencia.

- Problema no especificado relacionado con el entorno social

Problemas relacionados con la delincuencia o la interacción con el sistema jurídico

- Víctima de un delito
- Condena en procedimientos civiles o penales sin encarcelamiento
- Encarcelamiento u otro tipo de encarcelamiento
- Problemas relacionados con la salida de prisión
- Problemas relacionados con otras circunstancias legales

Otros encuentros con servicios sanitarios para consejería y asesoramiento médico

- **Consejería sexual:** La inclusión en esta categoría es apropiada cuando se busca asesoramiento en relación con cuestiones relacionadas con el sexo, como el comportamiento, la satisfacción, las actitudes, la orientación o la educación sexuales del individuo, así como cuestiones similares relativas a la pareja del individuo.
- **Otro tipo de consejería o consulta:** La inclusión en esta categoría es apropiada cuando el individuo busca asesoramiento para cuestiones no incluidas en otros apartados, como preocupaciones religiosas, espirituales o existenciales, cuestiones dietéticas o intentos de dejar de fumar.

Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales, personales y ambientales

- Problemas religiosos o espirituales
- Problemas relacionados con el embarazo no deseado
- **Problemas relacionados con la multiparidad:** La inclusión en esta categoría es apropiada cuando los problemas relacionados con la multiparidad merecen consideración clínica. Dichos problemas pueden incluir complicaciones relacionales entre hermanos gemelos, trillizos u otras agrupaciones de multiparidad.
- Discordia con el proveedor de servicios sociales, incluido el agente de libertad condicional, el encargado del caso o el trabajador de servicios sociales.
- Víctima de terrorismo o tortura
- Exposición a catástrofe, guerra u otras hostilidades
- Otro problema relacionado con circunstancias psicosociales
- Problema no especificado relacionado con circunstancias psicosociales no especificadas

Otras circunstancias de la historia personal

- Otros antecedentes personales o traumas psicológicos
- Antecedentes personales de autolesiones
- Antecedentes personales de despliegue militar
- Otros factores de riesgo personales
- **Problema relacionado con el estilo de vida:** La inclusión en esta categoría es apropiada cuando los problemas específicamente relacionados con un tipo de estilo de vida justifican la evaluación clínica o afectan directamente al curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental u otro trastorno médico. Los problemas relacionados con el estilo de vida pueden incluir una forma física inadecuada y ejercicio físico insuficiente, comportamientos de alto riesgo, problemas relacionados con el sueño y problemas dietéticos.
- **Conducta antisocial en adultos:** La inclusión en esta categoría se justifica específicamente cuando se manifiesta una conducta antisocial del adulto que *no se debe a un trastorno mental*, como el trastorno antisocial de la personalidad o de la conducta. Ejemplos de este tipo de conducta antisocial en adultos pueden ser los traficantes de drogas, los miembros del crimen organizado, los ladrones profesionales y los individuos implicados en chantajes.
- **Conducta antisocial de niños o adolescentes:** La inclusión en esta categoría está justificada cuando la conducta antisocial de un niño o adolescente justifica una evaluación clínica, pero dicha conducta no se debe a un trastorno mental como el trastorno de conducta o el trastorno explosivo intermitente. Las conductas de esta categoría pueden distinguirse en que parecen implicar la comisión de actos antisociales aislados y no parecen formar un patrón de dicha conducta.

Problemas relacionados con el acceso a la atención médica y otros cuidados sanitarios

- Disponibilidad o inaccesibilidad de los centros sanitarios
- Disponibilidad o inaccesibilidad de otros organismos de ayuda

Falta de adherencia al tratamiento médico

Las condiciones de esta sección son pertinentes cuando los problemas relacionados con la falta de adherencia o el incumplimiento de un tratamiento prescrito para un trastorno mental u otra enfermedad médica justifican una evaluación clínica. Los problemas pueden incluir el incumplimiento, debido a efectos secundarios desagradables de los medicamentos prescritos, objeciones personales morales o religiosas al tratamiento, o la presencia de un trastorno mental que contribuya al incumplimiento.

- Incumplimiento del tratamiento médico
- Sobrepeso u obesidad
- Fingir una enfermedad
- Vagabundeo asociado a un trastorno mental
- Funcionamiento intelectual límite

NOTA PARA EL ESTUDIANTE: Esta guía tiene *únicamente fines informativos*. Debido a su formato condensado, esta guía no puede cubrir todos los aspectos del tema y debe utilizarse junto con el trabajo del curso y los textos asignados. *Esta guía NO está destinada al diagnóstico, tratamiento ni cura de ninguna afección o enfermedad médica o mental y NO debe emplearse como sustituto de la atención médica o mental profesional.* BarCharts, Inc., sus escritores, editores y personal del diseño no son responsables del uso ni del mal uso de la información contenida en esta guía. **Autor:** Albert E. Lyngzeitson, Ph.D.