Antes de imprimir, piensa en tu responsabilidad con la naturaleza. Quizás no puedas salvar el planeta, pero sí puedes dejar de destruirlo.

## Capítulo 1. Vol. II Psicopatología de la ansiedad y trastornos de ansiedad: hacia un enfoque transdiagnóstico

1. En un perfil de respuesta de la ansiedad con los siguientes componentes: Fenomenológico elevado, fisiológico moderado, conductual bajo. En este perfil, los síntomas subjetivos o fenomenológicos de la ansiedad, como la preocupación, el miedo o la inquietud, son altos, mientras que los síntomas fisiológicos, como la respuesta del sistema nervioso autónomo, son moderados, y los síntomas conductuales, como la evitación o la hiperactividad, son bajos. Esto significa que la ansiedad se manifiesta principalmente a través de experiencias subjetivas en lugar de manifestaciones físicas o comportamentales en este perfil de respuesta.
2. Los perfiles de respuesta de la ansiedad son patrones distintivos de síntomas y manifestaciones que pueden variar en diferentes individuos. Identificar y comprender estos perfiles puede ser útil en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Los diferentes perfiles de respuesta de la ansiedad pueden ayudar a los profesionales de la salud a comprender la naturaleza y gravedad de la ansiedad en cada individuo, y a personalizar el enfoque de tratamiento. Por ejemplo, si se identifica un perfil de ansiedad con un componente fenomenológico elevado, pero con síntomas fisiológicos y conductuales moderados, puede indicar que el enfoque de tratamiento se centre más en terapias cognitivo-conductuales o intervenciones psicoterapéuticas para abordar los síntomas subjetivos. Por otro lado, si se identifica un perfil de ansiedad con síntomas fisiológicos y conductuales elevados, pero con un componente fenomenológico bajo, puede requerir un enfoque de tratamiento más orientado a la gestión de la respuesta fisiológica y conductual, como la terapia de exposición o la farmacoterapia.
3. El término "neurosis" fue introducido por primera vez por el médico escocés William Cullen en el siglo XVIII. En su obra "Synopsis Nosologiae Methodicae" publicada en 1769, Cullen utilizó el término "neuroses" para referirse a un grupo de trastornos mentales y emocionales que se caracterizaban por síntomas como ansiedad, depresión, insomnio, y alteraciones somáticas sin una causa médica identificable.
4. Freud sostenía que en las neurosis, el yo tiene la capacidad de mantener una relación más o menos adecuada con la realidad externa, a pesar de los conflictos y las defensas psíquicas que puedan estar presentes. Sin embargo, en las psicosis, el yo puede experimentar una regresión, es decir, una pérdida de su capacidad para mantener una relación adecuada con la realidad externa. En las psicosis, el yo puede retroceder a etapas más tempranas del desarrollo psicosexual y presentar una mayor disociación de la realidad. La "progresión del yo" y la "indiferencia del yo" no son conceptos que se utilicen para diferenciar entre neurosis y psicosis en la teoría psicoanalítica de Freud. La regresión del yo es considerada como un factor importante que caracteriza las psicosis, mientras que en las neurosis se postula que el yo mantiene en mayor medida su capacidad para mantener una relación adaptativa con la realidad externa.
5. El enfoque transdiagnóstico busca identificar los procesos psicológicos subyacentes, como patrones de pensamiento disfuncionales, estrategias de afrontamiento inadaptativas, sesgos cognitivos o déficits en habilidades de regulación emocional, que pueden estar presentes en varios trastornos mentales. En lugar de tratar cada trastorno mental de forma separada, el enfoque transdiagnóstico busca identificar y tratar estos procesos comunes para abordar de manera más eficaz una amplia gama de trastornos mentales.

6. El componente común a la ansiedad y la depresión en el modelo tripartito de Clark y Watson (1991) es el afecto negativo. Según este modelo, tanto la ansiedad como la depresión comparten un núcleo central de afectividad negativa, que se refiere a la experiencia subjetiva de emociones negativas como el miedo, la tristeza, la irritabilidad y la preocupación. Este afecto negativo es considerado como un componente central que subyace a ambos trastornos emocionales en el modelo propuesto por Clark y Watson.
7. El componente específico que se relaciona con la ansiedad en el modelo tripartito de Clark y Watson (1991) es la hiperactivación fisiológica. Según este modelo, la ansiedad se caracteriza por una alta activación del sistema de alarma y de respuesta al estrés del organismo, lo que conduce a la experiencia de síntomas como la tensión muscular, la hipervigilancia y la preocupación excesiva. La hiperactivación fisiológica es considerada como un componente específico de la ansiedad en el modelo tripartito propuesto por Clark y Watson, que la diferencia de otros trastornos emocionales como la depresión, que se caracteriza por una baja activación del sistema de recompensa del organismo y la anhedonia.
8. El componente específico que se relaciona con la depresión en el modelo tripartito de Clark y Watson (1991) es la anhedonia. Según este modelo, la anhedonia, que se refiere a la incapacidad para experimentar placer, es un componente específico de la depresión. La depresión se caracteriza por una baja activación y una inhibición del sistema de recompensa del organismo, lo que lleva a la experiencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés y la anhedonia. El afecto negativo, que es el componente común a ambos trastornos en este modelo, se refiere a la experiencia de emociones negativas como el miedo, la tristeza, la irritabilidad y la preocupación, y no está específicamente relacionado con la depresión en este modelo.
9. Según Barlow et al. (2014), la vulnerabilidad psicológica del neuroticismo se refiere a la tendencia de una persona a percibir que el mundo es impredecible e incontrolable, lo que puede llevar a la ansiedad y la preocupación. Las personas con alto neuroticismo tienden a anticipar lo peor y a tener creencias irracionales sobre la falta de control en situaciones cotidianas. Esto puede aumentar su vulnerabilidad a desarrollar trastornos emocionales, como la ansiedad y la depresión. Las otras dos opciones mencionadas, la activación fisiológica en situaciones no familiares y la evitación y restricción comportamental, pueden ser factores asociados con la ansiedad y otros trastornos emocionales, pero no están específicamente relacionados con la vulnerabilidad psicológica del neuroticismo, tal como se describe en la pregunta.
10. El bajo afecto positivo se ha asociado con la depresión y algunos trastornos de ansiedad. El afecto positivo se refiere a la experiencia de emociones positivas, como la felicidad, el entusiasmo y la satisfacción. Varios estudios han encontrado que un bajo nivel de afecto positivo se ha asociado con la depresión y algunos trastornos de ansiedad. Esto significa que las personas que experimentan menos emociones positivas o tienen dificultades para experimentarlas pueden tener un mayor riesgo de desarrollar depresión y algunos trastornos de ansiedad.
11. El nivel de rasgos clínicos en el modelo transdiagnóstico jerárquico se refiere a un enfoque que busca identificar y comprender constructos psicológicos más amplios y transdiagnósticos que se relacionan etiológicamente con algunos trastornos emocionales, en lugar de enfocarse en factores biológicos asociados con un trastorno emocional o en los síntomas específicos de un trastorno emocional. Estos constructos o rasgos clínicos son considerados factores de riesgo o predisponentes que pueden estar presentes en diferentes trastornos emocionales y contribuir a su desarrollo o mantenimiento. El enfoque en los rasgos clínicos busca comprender cómo estos constructos pueden influir en el desarrollo de diferentes trastornos emocionales y cómo pueden ser abordados en intervenciones

transdiagnósticas que buscan tratar estos rasgos o características de manera más integrada, en lugar de abordar los trastornos emocionales de forma aislada.

12. La sensibilidad a la ansiedad se considera un "miedo fundamental" en el marco del modelo transdiagnóstico jerárquico de los trastornos emocionales. Esto se debe a que la ansiedad se considera una emoción básica y generalizada que puede subyacer a diferentes trastornos emocionales, como trastornos de ansiedad específicos, trastornos de pánico, trastornos de ansiedad generalizada, trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados con la ansiedad. La sensibilidad a la ansiedad se refiere a una característica más amplia y generalizada de la respuesta emocional de una persona, no limitándose a un miedo específico a situaciones sociales o cognitivas en particular.
13. Las tres dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad según Taylor et al. (2007) se refieren a los síntomas de ansiedad experimentados en diferentes dominios. Estas dimensiones son: 1) Síntomas de ansiedad de tipo físico: Se refiere a los síntomas somáticos o físicos asociados con la ansiedad, como palpitaciones, sudoración, tensión muscular, temblores, entre otros. 2) Síntomas de ansiedad de tipo cognitivo: Se refiere a los síntomas cognitivos o de pensamiento asociados con la ansiedad, como preocupación, pensamientos intrusivos, dificultades para concentrarse, entre otros. 3) Síntomas de ansiedad de tipo social: Se refiere a los síntomas relacionados con la ansiedad social, como miedo a la evaluación negativa, evitación de situaciones sociales, temor a la humillación o vergüenza, entre otros.
14. La intolerancia a la incertidumbre se refiere a la dificultad que tiene una persona para tolerar la falta de certeza o la ambigüedad en situaciones cotidianas de la vida. Se manifiesta como una tendencia a considerar inaceptable o insoportable la posibilidad de que ocurra un suceso negativo o de que las cosas no estén claras o definidas. Un ejemplo de intolerancia a la incertidumbre podría ser una persona que se siente extremadamente ansiosa o incómoda cuando no tiene información clara sobre el futuro, como por ejemplo cuando no sabe si va a conseguir un trabajo que ha solicitado, si su pareja está enfadada con él/ella, o si va a haber cambios importantes en su rutina diaria. Esta persona puede tener dificultades para manejar la falta de certeza o ambigüedad en estas situaciones cotidianas de la vida, y puede experimentar una gran ansiedad o preocupación ante la posibilidad de que ocurra un suceso negativo o de que las cosas no estén claras o definidas. Esta intolerancia a la incertidumbre puede afectar su bienestar emocional y su capacidad para funcionar de manera efectiva en situaciones cotidianas.
15. La tolerancia al estrés, según la conceptualización de Simons y Gaher en 2005, se entiende como una capacidad o habilidad que está relacionada con cómo una persona evalúa y maneja los estados emocionales negativos en situaciones estresantes. Se refiere a la capacidad de una persona para lidiar con el estrés y mantener un nivel funcional de adaptación emocional y conductual, a pesar de enfrentar situaciones estresantes. Esta conceptualización no lo considera como una enfermedad mental, sino más bien como una capacidad o habilidad que puede variar de una persona a otra. Además, se ha relacionado con múltiples problemas o trastornos psicológicos, como los síntomas de ansiedad y depresión, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), los trastornos alimentarios y el trastorno de personalidad límite, lo cual hace que la opción "Se ha relacionado con múltiples problemas o trastornos psicológicos, entre los que se incluyen los síntomas de ansiedad y depresión, el TEPT, los trastornos alimentarios y el trastorno de personalidad límite" sea incorrecta.
16. La tolerancia al estrés se refiere a la capacidad de una persona para enfrentar, experimentar y soportar estados psicológicos negativos, como la ansiedad, el miedo, la tristeza, la frustración, entre otros, en situaciones estresantes sin que esto afecte significativamente su funcionamiento emocional y conductual. Es la capacidad de manejar y regular las emociones negativas asociadas con el estrés de

manera adaptativa. Un ejemplo de tolerancia al estrés sería una persona que, aunque se encuentre en una situación estresante, como la pérdida de un trabajo o una ruptura amorosa, pueda experimentar y soportar los estados emocionales negativos asociados con dicha situación, como la tristeza, el enojo o la frustración, sin que esto afecte su funcionamiento emocional y conductual en general. Esta persona podría emplear estrategias de afrontamiento saludables, como buscar apoyo social, practicar técnicas de relajación o mantener una actitud optimista, para manejar el estrés de manera adaptativa.

17. La fusión pensamiento-acción es un concepto utilizado en la psicología y se refiere a la tendencia de algunas personas a experimentar una conexión exagerada o una creencia literal entre sus pensamientos y acciones, como si los pensamientos fueran equivalentes a las acciones o como si los pensamientos tuvieran un poder real y directo sobre la realidad. Esta creencia puede llevar a comportamientos compulsivos, rígidos o repetitivos, y se ha asociado con trastornos emocionales como el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y otros trastornos de ansiedad. Un ejemplo de fusión pensamiento-acción sería una persona con TOC que experimenta pensamientos intrusivos sobre la contaminación y desarrolla rituales compulsivos de limpieza para neutralizar o evitar estos pensamientos. Esta persona puede creer que si no realiza estos rituales de limpieza, los pensamientos se harán realidad o tendrán consecuencias negativas reales, lo cual es un ejemplo de fusión pensamiento-acción, ya que está atribuyendo un poder real y directo a sus pensamientos sobre la realidad y su comportamiento está fuertemente influenciado por esta creencia.
18. Según Borkovec (2008), la preocupación se relaciona con la evitación del malestar asociado a la activación física de forma negativa. Esto significa que la preocupación se refuerza negativamente, ya que al preocuparse, la persona puede experimentar una disminución temporal del malestar o la ansiedad asociada a la activación física generada por la preocupación misma. Un ejemplo de esto podría ser una persona que se preocupa constantemente por la posibilidad de perder su trabajo. La preocupación genera una activación física como aumento del ritmo cardíaco, sudoración, tensión muscular, etc. Sin embargo, al mantenerse preocupada, la persona siente que está "haciendo algo" para afrontar la situación, lo que temporalmente disminuye el malestar asociado a la activación física. Como resultado, la preocupación se refuerza negativamente, ya que la persona experimenta una disminución temporal del malestar a través de la evitación del mismo mediante la preocupación.
19. La rumiación es un patrón de pensamiento repetitivo y recurrente que se enfoca en los problemas, preocupaciones o emociones negativas de una forma pasiva y reflexiva, sin llegar a una solución o resolución. Es considerada una forma de evitación cognitiva, ya que implica dar vueltas constantemente a los mismos pensamientos o preocupaciones sin abordarlos activamente o buscar una solución. La rumiación se ha asociado con una serie de problemas psicológicos, como la depresión, la ansiedad, el estrés y la disfunción emocional. Al rumiar, la persona puede caer en un ciclo de pensamientos negativos que pueden aumentar el malestar emocional y mantener a la persona atrapada en patrones de pensamiento poco adaptativos. Un ejemplo de rumiación podría ser una persona que se encuentra preocupada por una situación de conflicto con un amigo. En lugar de abordar activamente el conflicto a través de la comunicación y búsqueda de soluciones, la persona pasa horas y horas pensando repetitivamente en el conflicto, reviviendo situaciones pasadas, imaginando peores escenarios futuros, y lamentándose sobre lo sucedido. Esta rumiación constante no resuelve el conflicto, sino que mantiene a la persona atrapada en pensamientos negativos y puede aumentar su malestar emocional.
20. La preocupación se refiere a un proceso cognitivo en el cual una persona dirige su atención hacia posibles amenazas o problemas futuros, imaginando escenarios negativos y anticipando eventos no deseados. Es una forma de pensamiento orientado al futuro que implica un enfoque excesivo en

situaciones negativas o amenazantes. La preocupación puede ser una respuesta normal y adaptativa ante situaciones de estrés o incertidumbre, pero cuando se vuelve excesiva, persistente e interfiere en la vida diaria de una persona, puede convertirse en un problema, como en el caso del trastorno de ansiedad por preocupación (también conocido como trastorno de ansiedad generalizada). Un ejemplo de preocupación podría ser una persona que se encuentra constantemente pensando en lo que podría salir mal en un próximo examen, imaginando escenarios negativos, anticipando fracasos y generando ansiedad sobre el resultado. Esta focalización constante en las posibles amenazas futuras puede aumentar la ansiedad y afectar la capacidad de la persona para afrontar la situación de manera efectiva.

21. Según Méndez et al. (2008), los niños que experimentan un apego inseguro, especialmente el tipo de apego evitativo, tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad en la infancia. Esto se debe a que los niños con este tipo de apego pueden sentir que no tienen un apoyo seguro y consistente de sus cuidadores, lo que puede aumentar su sensación de inseguridad y la percepción de las situaciones como amenazantes. En cambio, un apego seguro se ha relacionado con una mayor resiliencia frente al estrés y una mayor capacidad para regular las emociones negativas.
22. Según Chorot et al. (2017), las prácticas de crianza que implican un alto nivel de control y sobreprotección por parte de los cuidadores se han sugerido como factores de riesgo de ansiedad en la infancia. Estas prácticas pueden incluir la restricción excesiva de la autonomía del niño, la sobreprotección en situaciones de riesgo y la sobreinvolucración en la vida del niño. Estos tipos de prácticas pueden generar una sensación de dependencia y falta de confianza en las propias habilidades del niño, lo que puede contribuir al desarrollo de la ansiedad en la infancia. En contraste, un cuidado parental adecuado, que promueva la autonomía y la confianza en las habilidades del niño, se ha asociado con un menor riesgo de ansiedad en la infancia.

| | **Miedo** | **Ansiedad** |
|---|---|---|
| **Manifestación** | ☑ Respuesta automática.<br>☑ Reacción de lucha-huida.<br>☑ Respuesta universal e innata.<br>☑ Activación autónoma. | ☑ Respuesta contextual.<br>☑ Tensión, aprensión.<br>☑ Respuesta personal.<br>☑ Activación somático-general.<br>☑ Tensión muscular, vigilancia. |

| | Miedo | Ansiedad |
|---|---|---|
| **Función** | ☑Actuar ante una situación de emergencia próxima inminente.<br>☑Reacción de supervivencia.<br>☑Presencia de peligro real o imaginario. | ☑Anticipar la posible ocurrencia de eventos negativos.<br>☑Reacción anticipatoria.<br>☑No presencia de peligro real.<br>☑Preparación para sucesos negativos inesperados. |
| **Prototipo** | ☑Ataque de pánico (activación de un sistema de alarma ancestral). | ☑Preocupación ansiosa (trastorno de ansiedad generalizado). |
| **Característicos generales** | ☑Emoción orientada al presente.<br>☑Urgencia comportamental de evitar o escapar. | ☑Emoción orientada al futuro.<br>☑Incontrolabilidad y/o impredecibilidad sobre eventos potenciales futuros. |
| **Substrato biológico** | ☑Cerebro subcortical primitivo.<br>☑Amígdala. | ☑Neocórtex.<br>☑Córtex cerebral izquierdo. |

***Diferencias entre ansiedad y miedo***. *Tomado de Sandín et al (2018).*

## Capítulo 2. Vol. II Trastornos de ansiedad

1. Las principales teorías sobre las fobias se basan en experiencias de aprendizaje. Se cree que las fobias se adquieren a través de la asociación entre un objeto o una situación y una experiencia negativa. Por ejemplo, si una persona tiene una experiencia traumática con un perro, puede desarrollar una fobia específica hacia los perros. También se ha propuesto que la observación del miedo en otros o la información transmitida de manera verbal puede contribuir a la adquisición de las fobias.
2. Aunque se han identificado factores genéticos y ambientales que pueden contribuir a la vulnerabilidad a las fobias, la teoría del aprendizaje sigue siendo la más ampliamente aceptada en la explicación de cómo se desarrollan las fobias. En cuanto a la relación entre la ansiedad y las fobias, se considera que las fobias son un tipo específico de trastorno de ansiedad que se caracteriza por una respuesta exagerada y persistente al objeto o situación fóbica.
3. La Teoría de Watson y Rayner, también conocida como teoría del condicionamiento clásico, sugiere que cualquier situación o estímulo puede adquirir la propiedad de elicitar respuestas de miedo a través de la asociación con experiencias traumáticas. Esta teoría se basa en el experimento de "Pequeño Albert" en el que se condicionó al niño a temer a un objeto neutral (una rata blanca) al asociar su presentación con un estímulo aversivo (un fuerte ruido). La teoría de Watson y Rayner ha sido criticada por no tener en cuenta la complejidad de las fobias y por simplificar en exceso el papel del aprendizaje en su desarrollo. Sin embargo, ha sido una influencia importante en la comprensión de cómo se adquieren las fobias y en el desarrollo de tratamientos basados en la exposición gradual al objeto o situación fóbica para reducir la respuesta de miedo condicionada.
4. La principal crítica a la Teoría de Watson y Rayner es que, aunque fue influyente en la comprensión de cómo se adquieren las fobias, simplifica en exceso el papel del aprendizaje en su desarrollo y no tiene en cuenta la complejidad de las fobias. En particular, se ha argumentado que la teoría no explica

por qué algunas personas desarrollan fobias y otras no, ni por qué algunas fobias son más comunes que otras. Además, la teoría no tiene en cuenta factores cognitivos, emocionales y sociales que pueden influir en el desarrollo y mantenimiento de las fobias. A pesar de estas críticas, la teoría del condicionamiento clásico sigue siendo una herramienta importante para la comprensión y el tratamiento de las fobias.

5. El modelo bifactorial mediacional de Mowrer sugiere que la fobia se desarrolla a través de dos procesos de aprendizaje: el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. El condicionamiento clásico establece una asociación entre el estímulo fóbico y la respuesta de miedo, mientras que el condicionamiento operante refuerza la conducta de evitación. El miedo motivaría la conducta de evitación a través del condicionamiento clásico, y la conducta de evitación refuerza el miedo a través del condicionamiento operante. Por lo tanto, el modelo sugiere que la fobia se mantiene porque la conducta de evitación reduce temporalmente la ansiedad, pero a largo plazo refuerza el miedo, lo que lleva a una mayor conducta de evitación. Este modelo ha sido utilizado para desarrollar tratamientos eficaces para las fobias, incluyendo la terapia de exposición, que implica la exposición gradual y repetida al estímulo fóbico, con el objetivo de reducir la ansiedad y la conducta de evitación.
6. La teoría de preparación de las fobias de Seligman propone que los seres humanos y otros animales tienen una predisposición innata a temer ciertos estímulos, como las arañas, serpientes y otros objetos peligrosos o amenazantes. Esta predisposición se debe a la selección natural a lo largo de la evolución, que favoreció a los organismos que desarrollaron miedo rápidamente a los estímulos potencialmente peligrosos para sobrevivir. Según esta teoría, los estímulos que se asocian más fácilmente con las respuestas de miedo son aquellos que han sido importantes para la supervivencia y la adaptación de los seres humanos y otros animales. Por lo tanto, es más probable que las fobias se desarrollen en relación con estos estímulos.
7. Según la teoría de preparación de las fobias de Seligman, los estímulos que tienen una mayor probabilidad de generar miedo son aquellos que en la historia evolutiva de los seres humanos han sido asociados con el peligro y la amenaza. Por lo tanto, las respuestas de ansiedad son una reacción adaptativa para protegerse de los peligros potenciales. Sin embargo, en el caso de las fobias, estas respuestas de ansiedad son desproporcionadas al peligro real del estímulo temido, lo que explica por qué los argumentos lógicos no son efectivos para reducir la ansiedad en los individuos fóbicos.
8. Según la teoría de la preparación de Öhman et al., las fobias pueden tener diferentes aspectos filogenéticos, es decir, pueden tener orígenes evolutivos diferentes dependiendo del tipo de estímulo que se teme. La teoría sugiere que los seres humanos estamos biológicamente preparados para adquirir fobias a estímulos que hayan representado un peligro en la historia evolutiva de nuestra especie, como las arañas, las serpientes, los depredadores, entre otros. En cambio, los estímulos modernos, como los aviones o los ascensores, no han tenido una historia evolutiva significativa en la vida humana, por lo que son menos propensos a generar fobias.
9. Según Öhman et al., las fobias a las alturas y a los espacios cerrados implican miedos no comunicativos, ya que los estímulos que los generan no tienen un significado específico que pueda ser compartido a través del lenguaje o la cultura. Estos miedos están relacionados con la evolución de la especie y se han desarrollado por su valor adaptativo en la supervivencia. En cambio, otros tipos de fobias, como la fobia social, implican miedos comunicativos, ya que están relacionados con la evaluación social y la percepción de amenazas sociales.
10. La teoría de la incubación trata de explicar por qué a veces los miedos o fobias pueden incrementar su intensidad en situaciones donde la persona no está siendo expuesta al estímulo temido, es decir,

en situaciones de no reforzamiento. Según esta teoría, la exposición al estímulo temido en situaciones de no reforzamiento puede llevar a una mayor sensibilización a este estímulo, lo que puede aumentar la ansiedad asociada a la fobia. Esto puede ser especialmente problemático en situaciones donde la persona no tiene la oportunidad de evitar el estímulo temido, lo que puede llevar a una mayor sensación de falta de control y a un aumento en la intensidad de la fobia.

11. Según la teoría del condicionamiento de Eysenck, la respuesta condicionada es una respuesta aprendida que se produce en presencia del estímulo condicionado (EC) debido a la asociación previa con el estímulo incondicionado (EI). La respuesta incondicionada (RI) es la respuesta natural no aprendida que se produce ante el EI. Cuando el sujeto experimenta simultáneamente el EI y el EC, se produce la respuesta condicionada o aprendida. Si la RI es aversiva o desagradable, la respuesta condicionada se llama "respuesta nociva".
12. La ley de incubación, propuesta por Eysenck, implica que la exposición repetida a un estímulo condicionado (EC) que no es seguido por un estímulo incondicionado (EI) puede incrementar la fuerza de la respuesta condicionada (RC), en lugar de disminuirla. En otras palabras, la RC se "incuba" y se hace más fuerte con el tiempo si no se presenta el EI. Este efecto puede ser más fuerte si el sujeto está ansioso o emocionalmente perturbado. La ley de incubación se aplica principalmente al condicionamiento de respuestas de ansiedad y miedo.
13. Según la teoría de la respuesta condicionada de Davey, el EI (estímulo incondicionado) adquiere su capacidad para provocar una respuesta condicionada (RC) debido a la asociación previa con un estímulo condicionado (EC). Sin embargo, Davey también señala que hay factores que pueden afectar la evaluación del EI y, por lo tanto, la fuerza de la RC. Algunos de estos factores incluyen la intensidad del EI, la frecuencia con la que se presenta, la relación temporal entre el EC y el EI, y la predictibilidad del EI. También pueden influir otros factores como el contexto, la atención y la memoria. Además, el procesamiento de los aspectos aversivos de los eventos puede afectar la evaluación del EI y, por lo tanto, la fuerza de la RC. En resumen, según Davey, varios factores pueden afectar la evaluación del EI y, por lo tanto, la fuerza de la RC, incluyendo la intensidad del EI, la frecuencia con la que se presenta, la relación temporal entre el EC y el EI, la predictibilidad del EI, el contexto, la atención, la memoria y el procesamiento de los aspectos aversivos de los eventos.
14. Según Davey, la tendencia hacia la inflación del valor del EI y, por lo tanto, hacia la incubación, se potencia por la tendencia de algunas personas a discriminar y sobrestimar la intensidad de sus propias reacciones de ansiedad. Esta tendencia se conoce como hipervigilancia emocional, y puede hacer que las personas presten una atención excesiva a los estímulos relacionados con la ansiedad y perciban estos estímulos como más amenazantes o aversivos de lo que realmente son. La hipervigilancia emocional puede potenciar la tendencia hacia la inflación del valor del EI porque las personas con esta tendencia pueden estar más atentas y conscientes de las situaciones que se relacionan con la ansiedad, y por lo tanto, más propensas a asociar estos estímulos con el EI y a aumentar la fuerza de la asociación EC-EI. En resumen, según Davey, la tendencia hacia la inflación del valor del EI y, por lo tanto, hacia la incubación, se potencia por la hipervigilancia emocional, que puede hacer que las personas presten una atención excesiva a los estímulos relacionados con la ansiedad y perciban estos estímulos como más amenazantes o aversivos de lo que realmente son. Esto puede aumentar la fuerza de la asociación EC-EI y llevar a una mayor ansiedad o miedo en respuesta al EC.
15. La revisión de la teoría de Davey introduce el concepto de "valor del EI" en su estructura teórica. El "valor del EI" se refiere a la importancia subjetiva que una persona otorga a un evento emocionalmente relevante. Según la teoría de Davey, el valor del EI influye en la intensidad y duración de la emoción que experimenta una persona en respuesta a un estímulo emocional. Por lo tanto, el

valor del EI es un componente crucial en la comprensión de la regulación emocional y la adaptación psicológica.

16. El modelo de expectativa de Reiss es una teoría que explica cómo se adquieren y mantienen las fobias y la ansiedad. Este modelo se basa en los principios del condicionamiento pavloviano y destaca la importancia de las expectativas en la adquisición y mantenimiento de estas condiciones.
17. Según el modelo de expectativa de Reiss, las personas desarrollan una fobia cuando forman una expectativa de que un estímulo o situación específica está asociado con un peligro o amenaza. Estas expectativas pueden ser formadas a través de una experiencia directa de condicionamiento, pero también pueden ser adquiridas a través de otros mecanismos, como la observación de otras personas o la instrucción verbal. Además, el modelo de expectativa de Reiss destaca la importancia de los aspectos operantes en la adquisición y mantenimiento de las fobias, como el reforzamiento negativo y el autorreforzamiento.
18. La teoría del "miedo al miedo" de Goldstein y Chambless (1978) postula que el miedo se adquiere a través del condicionamiento clásico (asociación de estímulos) entre una respuesta emocional y las sensaciones físicas internas (interoceptivas) que acompañan a esa respuesta. A medida que la persona experimenta repetidamente estas sensaciones interoceptivas durante episodios de ansiedad, el miedo se generaliza a las situaciones en las que estas sensaciones se producen, incluso si no están asociadas directamente con una amenaza real. Esto lleva a un "miedo al miedo", en el que la persona teme experimentar las sensaciones internas de ansiedad más que cualquier estímulo externo que pueda estar presente en la situación.
19. La influencia más importante de los estudios de Klein sobre la agorafobia fue la creación de una nueva entidad clínica denominada "trastorno de pánico con agorafobia". Klein y sus colegas propusieron esta nueva entidad clínica en la década de 1980 después de estudiar a pacientes con síntomas de ansiedad y pánico. Anteriormente, la agorafobia se consideraba una complicación del trastorno de pánico o un subtipo de fobia específica. Sin embargo, Klein y sus colegas argumentaron que la agorafobia era un trastorno independiente que podía existir sin la presencia de ataques de pánico. Esta nueva conceptualización de la agorafobia como un trastorno independiente del trastorno de pánico fue importante porque permitió una mejor comprensión de los síntomas y el desarrollo de tratamientos más efectivos. También condujo a una separación conceptual más clara entre los trastornos de ansiedad y pánico, lo que fue útil para la investigación y el tratamiento de estos trastornos. Por lo tanto, aunque la separación conceptual entre los trastornos de ansiedad.
20. El enfoque cognitivo es el enfoque teórico sobre el trastorno del pánico (TP) que ha tenido mayor influencia. Este enfoque se centra en cómo las personas interpretan y procesan la información que reciben y cómo estas interpretaciones pueden conducir a la aparición del TP. La terapia cognitiva ha demostrado ser efectiva en el tratamiento del TP, lo que ha llevado a una mayor aceptación y aplicación de este enfoque teórico. Por otro lado, el enfoque basado en el condicionamiento clásico ha sido propuesto como una explicación para la aparición del TP. Esta teoría sostiene que el TP se desarrolla cuando se asocian respuestas fisiológicas normales, como la respiración rápida, con situaciones estresantes o situaciones que generan ansiedad. Sin embargo, este enfoque no ha sido tan influyente como el enfoque cognitivo. El enfoque basado en la hiperventilación se centra en la relación entre la respiración rápida y la aparición del TP. Este enfoque ha sido criticado por no tener suficientes pruebas empíricas que respalden su teoría, lo que limita su influencia en el campo del TP. En resumen, el enfoque cognitivo ha tenido la mayor influencia en la explicación y tratamiento del TP debido a su efectividad en la terapia y su capacidad para proporcionar una comprensión profunda de los procesos cognitivos subyacentes que contribuyen a la aparición del TP.

21. La similitud entre los síntomas del ataque de pánico y los cambios psicofisiológicos asociados a la hiperventilación según Ley (1987) es que ambos son producidos por una reducción de $CO_2$ en el organismo. La hiperventilación es una forma de respiración rápida y profunda que puede disminuir los niveles de $CO_2$ en el cuerpo. La disminución del $CO_2$ puede causar cambios en la concentración de iones de hidrógeno en la sangre y puede conducir a síntomas psicofisiológicos como mareo, hormigueo en las extremidades y sensación de desmayo. Por otro lado, en el ataque de pánico, los niveles de $CO_2$ también pueden disminuir debido a la respiración rápida y superficial que se produce durante el ataque. Esto puede llevar a una disminución en el flujo sanguíneo cerebral y a una sensación de falta de aire. Además, el aumento de la frecuencia cardíaca y la sudoración también son síntomas comunes de un ataque de pánico, que también pueden ser causados por la disminución del $CO_2$.
22. La hiperventilación es una forma de respiración rápida y superficial que puede disminuir los niveles de $CO_2$ en el cuerpo. Como resultado, el pH sanguíneo aumenta, lo que se conoce como alcalosis respiratoria. La disminución del $CO_2$ y el aumento del pH sanguíneo pueden tener efectos en el cuerpo como mareo, hormigueo en las extremidades, sensación de desmayo y contracciones musculares. Es importante destacar que aunque la hiperventilación puede ser una respuesta al estrés o la ansiedad, también puede ser causada por otras afecciones médicas, como enfermedades pulmonares o cardíacas, y puede tener consecuencias graves si no se trata adecuadamente.
23. Klein (1993) argumenta que los individuos con trastorno de pánico tienen un sistema de alarma de asfixia hipersensible, lo que significa que son más sensibles a los cambios en los niveles de dióxido de carbono ($CO_2$) y oxígeno en su cuerpo. Esta sensibilidad excesiva a la falta de oxígeno y al exceso de dióxido de carbono puede llevar a síntomas de pánico y ansiedad, incluso en situaciones donde no existe un verdadero peligro de asfixia. Según la teoría de Klein, esta hipersensibilidad se desarrolla como resultado de experiencias traumáticas tempranas en la vida de la persona, como el abuso infantil, que alteran la función del sistema de alarma de asfixia. A partir de ese momento, el cuerpo de la persona puede responder de manera exagerada ante cualquier situación que genere cambios en los niveles de oxígeno y dióxido de carbono, incluyendo la hiperventilación, que puede desencadenar un ataque de pánico.
24. Schmidt et al. (2014) argumentan que la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha no han encontrado apoyo consistente para la teoría de la alarma de asfixia de Klein, incluyendo estudios que han utilizado la hiperventilación como un desencadenante de ataques de pánico, así como estudios que han investigado la respuesta de los pacientes con TP a la administración de dióxido de carbono o a la restricción de oxígeno. Aunque algunos pacientes con TP pueden experimentar disnea o malestar respiratorio durante los ataques, no está claro que estos síntomas sean causados por una alarma de asfixia hipersensible.
25. Según Clark, los ataques de pánico se producen debido a la interpretación catastrofista que el individuo hace de ciertas sensaciones corporales. Clark propone que las sensaciones corporales son procesadas de manera automática, y que la interpretación que el individuo hace de ellas puede llevar a la activación de un ciclo de ansiedad y pánico. En otras palabras, cuando una persona experimenta sensaciones corporales como latidos cardíacos rápidos o sudoración, puede interpretarlas como señales de un peligro inminente o una amenaza para su bienestar. Esta interpretación catastrofista puede desencadenar una respuesta de ansiedad, lo que a su vez puede aumentar las sensaciones corporales aversivas y generar un ciclo de pánico. Por ejemplo, si una persona experimenta latidos cardíacos rápidos durante una situación estresante, puede interpretarlos como una señal de un ataque cardíaco inminente. Esta interpretación catastrofista puede llevar a una respuesta de ansiedad, lo que

a su vez puede aumentar la frecuencia y la intensidad de los latidos cardíacos, generando un ciclo de pánico.

26. El modelo trifactorial del trastorno de pánico propone que las creencias negativas sobre las sensaciones corporales, la atención selectiva hacia las sensaciones corporales y la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales interactúan para generar el trastorno de pánico. Este modelo ayuda a comprender mejor los mecanismos cognitivos que subyacen al trastorno de pánico y puede ser útil en el desarrollo de tratamientos efectivos para el trastorno.
27. El modelo integrativo de Sandín sobre la etiopatogenia del TP tiene como objetivo integrar los principales factores implicados en el TP para proporcionar una visión más comprensiva sobre su etiopatogenia. Este modelo destaca la importancia de considerar factores biológicos, psicológicos y ambientales en conjunto para comprender el TP y puede ser útil en el desarrollo de tratamientos efectivos para el trastorno. El temor a las sensaciones corporales hace que la persona respire más, se produzca hiperventilación y aumenten las sensaciones corporales, lo que a su vez aumenta el miedo. Según el Modelo integrativo cognitivo-conductual de Sandín, el circuito del miedo en el ataque de pánico se autoalimenta debido a la interacción de factores biológicos, psicológicos y ambientales. En este modelo, el ataque de pánico se produce cuando las sensaciones corporales normales son interpretadas de forma catastrófica y se activa el sistema de miedo. Cuando una persona experimenta una sensación corporal incómoda o desagradable, como un aumento del ritmo cardíaco o la respiración, puede interpretarla de forma catastrófica, como si estuviera sufriendo un ataque al corazón o asfixia. Esta interpretación puede aumentar el temor a las sensaciones corporales y activar el circuito del miedo. En este circuito del miedo, el temor a las sensaciones corporales hace que la persona respire más y se produzca hiperventilación, lo que a su vez aumenta las sensaciones corporales y el miedo. Esta espiral puede continuar hasta que la persona experimenta un ataque de pánico completo.
28. Según Borkovec et al. (1991), los pacientes con preocupación crónica subclínica presentan reacciones de activación autónoma modestas. El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación excesiva e incontrolable sobre diversas situaciones y eventos cotidianos, acompañada de síntomas físicos y psicológicos como tensión muscular, fatiga, irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño, entre otros. La investigación de Borkovec et al. (1991) sugiere que los pacientes con preocupación crónica subclínica tienen una mayor predisposición a preocuparse en situaciones ambiguas o amenazantes, pero no experimentan una reacción autónoma intensa como en otros trastornos de ansiedad. En cambio, sus respuestas fisiológicas son más moderadas, lo que puede contribuir a mantener la preocupación crónica a largo plazo.
29. Es importante destacar que la ansiedad en el trastorno de adaptación es temporal y está relacionada con un evento estresante específico, mientras que en el TAG, la ansiedad y la preocupación son crónicas y no están necesariamente relacionadas con un evento estresante específico. En conclusión, la diferencia clave entre la ansiedad en el trastorno de adaptación y la preocupación en el TAG es que en el primero está asociada a un evento estresante específico, mientras que en el segundo no hay un agente estresor específico que la desencadene.
30. Según Barlow, la aprensión ansiosa se caracteriza como una estructura cognitivo-afectiva difusa que está asociada a muchos tipos de amenazas. La aprensión ansiosa es un estado de ansiedad generalizada y constante que se asocia a menudo con el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). La aprensión ansiosa se diferencia de la ansiedad normal o adaptativa que se produce en respuesta a una situación estresante específica, ya que en la aprensión ansiosa no hay una amenaza concreta que justifique la ansiedad y la preocupación constantes. En cambio, la aprensión ansiosa se refiere a una

preocupación constante y generalizada por muchas áreas de la vida, como la salud, el trabajo, las relaciones interpersonales, el futuro, entre otros. Barlow también destaca que la aprensión ansiosa es una estructura cognitivo-afectiva, lo que significa que se compone tanto de procesos cognitivos (pensamientos, creencias, interpretaciones) como afectivos (emociones, sentimientos). Esta estructura cognitivo-afectiva difusa es lo que mantiene la ansiedad y la preocupación constantes en la aprensión ansiosa.

31. Según el modelo de Barlow, la aprensión ansiosa se asocia a varios componentes psicopatológicos, siendo uno de ellos las elevadas expectativas de impredecibilidad e incontrolabilidad. Esto se refiere a que las personas que experimentan aprensión ansiosa tienden a percibir las situaciones como impredecibles e incontrolables, lo que aumenta su ansiedad y preocupación. Además, otro componente psicopatológico asociado a la aprensión ansiosa en el modelo de Barlow es la hipervigilancia. Esto se refiere a que las personas que experimentan aprensión ansiosa tienden a estar constantemente alertas y vigilantes ante posibles amenazas, lo que aumenta su ansiedad y su preocupación. En cuanto a la expectativa de predecibilidad y control, Barlow propone que en la aprensión ansiosa hay una falta de confianza en la propia capacidad de hacer frente a situaciones estresantes, lo que puede llevar a una sensación de falta de control. Sin embargo, esta falta de control no se refiere a una expectativa de predecibilidad, sino a la creencia de que la persona no es capaz de controlar las situaciones que percibe como amenazantes.
32. Según el modelo de evitación emocional basado en la preocupación, la preocupación patológica impide el procesamiento emocional del miedo que es necesario para su habituación y extinción, porque la inhibición de la experiencia fisiológica y emocional impide que la persona procese y habitúe la respuesta emocional asociada a la situación temida. Esto significa que, en lugar de enfrentar y procesar adecuadamente el miedo, la preocupación crónica subclínica actúa como un mecanismo de evitación que impide que la persona experimente plenamente la respuesta emocional asociada al estímulo temido. Por lo tanto, la preocupación patológica no solo impide que la persona enfrente adecuadamente la fuente de su ansiedad, sino que también puede perpetuar y aumentar la intensidad y frecuencia de la respuesta emocional a largo plazo. En lugar de habituarse a la respuesta emocional y permitir su extinción, la persona sigue experimentando la misma respuesta emocional intensa y persistente debido a la falta de procesamiento emocional adecuado.
33. En el modelo de evitación emocional basado en la preocupación, se sugiere que la experiencia de preocupación se refuerza negativamente porque actúa como un mecanismo de evitación que permite a la persona evitar las experiencias aversivas somáticas y emocionales asociadas con la respuesta de miedo o ansiedad. En otras palabras, la preocupación crónica subclínica proporciona al individuo un alivio temporal de la angustia emocional asociada a la fuente de su ansiedad, lo que refuerza negativamente la conducta de preocupación. Este proceso de refuerzo negativo puede perpetuar y mantener la preocupación crónica subclínica, ya que la persona aprende que la preocupación le permite evitar la experiencia aversiva de la ansiedad o el miedo. A su vez, esto puede reforzar la creencia errónea de que la preocupación es una estrategia eficaz para manejar la ansiedad, lo que puede dificultar aún más el abandono de la conducta de preocupación.
34. Según el modelo propuesto por Dugas et al. (1995, 1998, 2004), la intolerancia a la incertidumbre (II) juega un papel central en el desarrollo y mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). La II se define como la tendencia a considerar la incertidumbre como inaceptable, inquietante y amenazadora, y se ha identificado como un factor de vulnerabilidad para el TAG. El modelo propuesto por Dugas et al. sugiere que la II puede llevar a una serie de procesos cognitivos y comportamentales que contribuyen al desarrollo y mantenimiento del TAG. Por ejemplo, los individuos con II pueden

tener una mayor atención selectiva hacia las señales amenazantes, lo que a su vez aumenta la ansiedad y la preocupación. También pueden estar más inclinados a buscar información y certidumbre sobre los eventos futuros, lo que a su vez aumenta la ansiedad y la preocupación.

35. Según el modelo propuesto por Dugas et al., las personas con TAG utilizan estrategias cognitivas de evitación como la supresión del pensamiento, la distracción y la sustitución del pensamiento. Estas estrategias tienen como objetivo reducir la activación emocional y evitar el procesamiento de información amenazante, lo que a su vez perpetúa la preocupación y la ansiedad. En cambio, se sugiere que la aceptación de la incertidumbre y la tolerancia a la ambigüedad son estrategias más útiles para reducir la preocupación y mejorar el bienestar psicológico en el TAG.
36. La principal diferencia entre la preocupación Tipo 1 y la preocupación Tipo 2 en el modelo metacognitivo del TAG es que la preocupación Tipo 1 se centra en las preocupaciones externas, como eventos futuros y posibles amenazas, mientras que la preocupación Tipo 2 se centra en la preocupación acerca de la propia preocupación, la rumiación y la necesidad de controlar los pensamientos. En otras palabras, la preocupación Tipo 2 se enfoca en la forma en que se está preocupando, mientras que la preocupación Tipo 1 se enfoca en lo que se está preocupando. El modelo metacognitivo del TAG sostiene que la preocupación Tipo 2 es una forma maladaptativa de controlar la ansiedad que conduce a un aumento de la ansiedad y del malestar emocional.
37. Según el modelo metacognitivo sobre el TAG, las metacreencias son creencias que las personas tienen sobre sus propios procesos de pensamiento, incluyendo la preocupación. Estas creencias pueden ser positivas o negativas y tienen un impacto en la forma en que las personas procesan y manejan sus preocupaciones. Por ejemplo, si una persona tiene una metacreencia negativa de que la preocupación es peligrosa e incontrolable, es más probable que experimente ansiedad y tenga dificultades para controlar sus preocupaciones. Por otro lado, si una persona tiene una metacreencia positiva de que la preocupación es útil y puede ayudar a resolver problemas, es menos probable que experimente ansiedad y es más probable que utilice la preocupación de manera efectiva.
38. En el modelo metacognitivo sobre el TAG, las preocupaciones Tipo 2 se refieren a la preocupación sobre la propia preocupación, y se caracterizan por la presencia de metapreocupaciones y metacreencias sobre la incontrolabilidad y peligrosidad de la preocupación en sí misma. Según el modelo, estas preocupaciones Tipo 2 intensifican la ansiedad al interpretarse como inminentemente peligrosas, ya que generan una percepción de amenaza constante sobre la propia capacidad de controlar la preocupación y la ansiedad asociada a ella. Además, la preocupación sobre la propia preocupación puede generar un círculo vicioso en el que la ansiedad se retroalimenta, aumentando aún más la intensidad de la preocupación y la percepción de amenaza.
39. La hipótesis de Newman et al. (2013) en el modelo de evitación del contraste se basa en la teoría cognitiva del "contraste afectivo". Esta teoría sostiene que las personas comparan su estado emocional actual con su estado emocional previo, y que un cambio negativo en el estado emocional puede ser más difícil de manejar si se produce después de un período de bienestar emocional. En el caso del TAG, las personas con este trastorno pueden experimentar una mayor intensidad de la ansiedad cuando pasan de un período de baja ansiedad a uno de alta ansiedad, lo que se conoce como un "contraste emocional". La hipótesis de Newman et al. sugiere que las personas con TAG pueden evitar situaciones o estímulos que podrían provocar un contraste emocional negativo, lo que podría mantener la ansiedad en un nivel constante.
40. La principal contribución del modelo de Mennin et al. (2004) a la conceptualización del TAG es la integración del trastorno en el marco actual de la regulación emocional. Este modelo destaca la importancia de la ansiedad anticipatoria y la preocupación como estrategias de afrontamiento

ineficaces para regular las emociones en el TAG. Además, el modelo propone estrategias de regulación emocional efectivas, como la exposición a la ansiedad y la atención plena, para reducir la intensidad y la frecuencia de la ansiedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con TAG. En resumen, el modelo de Mennin et al. (2004) amplía la comprensión de la naturaleza y las características del TAG, y ofrece orientación clínica para la intervención terapéutica.

| **Trastorno** | **Nº min. síntomas** | **Duración min. síntomas** | Prevalencia | Comorbilidad |
|---|---|---|---|---|
| **Fobia específica** | 1 | 6 meses | ♀ 5-10% | Especialmente otros trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo como la depresión y el trastorno bipolar, |
| **Trastorno de pánico (TP)** | 4 | 1 mes | ♀ 2-3% | Tasas elevadas de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno bipolar y trastornos por consumo de sustancias. |
| **Agorafobia** | 2 | 6 meses | ♀ 0,8 % | Tasas elevadas de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno bipolar y trastornos por consumo de sustancias. |
| Trastorno de ansiedad **generalizada (TAG)** | 3 | 6 meses | ♀ 0,9% | El TAG tiende a presentarse junto a otros trastornos como los de ansiedad y/o depresión. |
| **Trastorno de ansiedad de separación (TAS)** | 3 | 6 semanas<br>4 semanas (niños y adolescentes) | ♀ 4% | Alta tasa de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, en especial con las fobias específicas y el TAG. |
| **Mutismo selectivo (MS)** | 1 | 1 mes | ☿0,03-1% | Muy comórbido con otros trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad social, seguido del trastorno de ansiedad por separación y las fobias específicas. |

**Criterios para el diagnóstico de lo fobia específica según el DSM-5 (APA, 2013)**

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

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

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

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

**Criterios para el diagnóstico de lo fobia específica según el DSM-5 (APA, 2013)**

sociocultural.

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

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

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

**Especificar si:**
Codificar basándose en el estímulo fóbico:
- ☑ Animal (p. ej., arañas, insectos, perros)
- ☑ Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua)
- ☑ Sangre-inyección-herida (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos)
- ☑ Situacional (p. ej., avión, ascensor, sitios cerrados)
- ☑ Otra (p. ej., situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, p. ej., sonidos ruidosos o personajes disfrazados)

***Nota de codificación. Cuando está presente más de un estímulo fóbico, se deben hacer constar todos los códigos CIE-11 aplicables**.

| CONCEPTO | DEFINICIÓN |
|---|---|
| **Expectativa de peligro** | Expectativa sobre un peligro/daño del medio físico externo (p. ej., «Es probable que el avión se caiga»). |
| **Sensibilidad al daño** | Sensibilidad al daño físico personal (p. ej., «No puedo soportar ser lastimado»). |
| **Expectativa de ansiedad** | Expectativa sobre la posibilidad de experimentar ansiedad o estrés (p. ej., «Sé que volar es seguro, pero puedo tener un ataque de pánico durante el vuelo»). |
| **Sensibilidad a la ansiedad** | Sensibilidad a experimentar ansiedad (p. ej., «Puedo tener un ataque al corazón si experimento pánico»). |
| **Expectativa de evaluación social** | Expectativa de reaccionar de tal forma que lleve a una evaluación negativa (p. ej., «No seré capaz de dominar mi miedo a volar»). |



CC BY NC ND

| CONCEPTO | DEFINICIÓN |
|---|---|
| **Sensibilidad a la evaluación social** | Sensibilidad a la evaluación negativa (p. ej., «Siento vergüenza cuando fallo en algo»). |

***Elaborado a partir de Reiss (1991).*** *Tomado de Belloch, Sandín, Ramos Campos, and Sandín, Bonifacio. Manual De Psicopatología. 3ª edición. Madrid [etc.]: McGraw-Hill Interamericana De España, 2020.*

**Criterios para el diagnóstico de Trastorno de pánico según el DSM-5 (APA, 2013)**

**Criterio 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.
☑ Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
☑ Sudoración.
☑ Temblor o sacudidas.
☑ Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
☑ Sensación de ahogo.
☑ Dolor o molestias en el tórax.
☑ Náuseas o malestar abdominal.
☑ Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
☑ Escalofríos o sensación de calor.
☑ Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
☑ Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
☑ Miedo a perder el control o de «volverse loco».
☑ Miedo a morir.
**Nota:** Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

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

**Criterio 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).

**Criterio 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

**Criterios para el diagnóstico de Agorafobia según el DSM-5 (APA, 2013)**

**Criterio A**. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:
☑ Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
☑ Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
☑ Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
☑ Hacer cola o estar en medio de una multitud.
☑ Estar fuera de casa solo.

**Criterio B.** El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la incontinencia).

**Criterio C.** Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

**Criterio D.** Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

**Criterio E.** El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

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

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

**Criterio H**. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

**Criterio I**. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, tipo situacional; no implican únicamente situaciones sociales

| Criterios para el diagnóstico de Trastorno de pánico según el DSM-5 (APA, 2013) | Criterios para el diagnóstico de Agorafobia según el DSM-5 (APA, 2013) |
|---|---|
| social; en repuesta 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). | (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).<br>**Nota:** Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignaran ambos diagnósticos. |

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-5 (APA, 2013)**

**Criterio A.** Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

**Criterio B.** Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

**Criterio 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):

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

**Nota:** En los niños solamente se requiere un síntoma.

**Criterio 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.

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-5 (APA, 2013)**

**Criterio 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).

**Criterio 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).

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de ansiedad por separación según el DSM-5 (APA, 2013)**

**Criterio A**. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:
☑ Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
☑ Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o
muerte.
☑ Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura
de gran apego.
☑ Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
☑ Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
☑ Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
☑ Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
☑ Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

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

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de ansiedad por separación según el DSM-5 (APA, 2013)**

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

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

**Criterios para el diagnóstico del Mutismo selectivo según el DSM-5 (APA, 2013)**

**Criterio A**. Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones**.**

**Criterio B.** La alteración interfiere en los logros educativos o laborales, o en la comunicación social.

**Criterio C.** La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).

**Criterio D**. El fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.

**Criterio E.** La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico**.**

## Capítulo 3. Vol. II. Trastorno de ansiedad social

1. Marks sostiene que los agorafóbicos temen las multitudes como una entidad impersonal, como una masa de personas, más que a los individuos que la componen, mientras que las fobias sociales no presentan esta diferencia y se centran en el miedo a interactuar o actuar frente a otras personas en situaciones sociales específicas. Por lo tanto, la respuesta correcta es que los agorafóbicos son más aprensivos acerca de una masa de personas juntas que a los individuos que forman la multitud, mientras que las fobias sociales no presentan esta diferencia.
2. "Takikin kyofusho" es un trastorno de ansiedad social específico de Japón que se caracteriza por el miedo a hablar en voz alta en presencia de otras personas, lo que puede provocar vergüenza, humillación y ansiedad extrema.
3. La Taxonomía Jerárquica de Psicopatología (HiTOP) es un modelo dimensional que propone organizar los trastornos mentales en una jerarquía de niveles de análisis, basados en la severidad y la comorbilidad de los síntomas, en lugar de basarse en los diagnósticos categóricos tradicionales. Este

modelo fue desarrollado por un grupo de investigadores liderados por el psicólogo clínico Robert Krueger y se ha convertido en una propuesta innovadora en la clasificación de los trastornos mentales.

4. El Research Domain Criteria (RDoC) es una iniciativa de investigación desarrollada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) que propone una nueva forma de entender y clasificar los trastornos mentales. A diferencia del sistema actual basado en diagnósticos categóricos, el RDoC se basa en una perspectiva dimensional que considera la psicopatología como un continuo de disfunciones conductuales y cerebrales, más que como entidades diagnósticas específicas.
5. El procesamiento post-evento social es un proceso cognitivo que ocurre después de una interacción social en la que el individuo revisa su propio comportamiento y las reacciones de los demás hacia él. Este proceso es importante para la regulación emocional y para el aprendizaje social, ya que permite al individuo evaluar y ajustar su comportamiento en situaciones sociales futuras. Durante el procesamiento post-evento social, el individuo puede analizar la información social, como las expresiones faciales y las palabras utilizadas, y puede evaluar sus propias reacciones emocionales y cognitivas. Este proceso puede ser influenciado por factores como la autoestima, la ansiedad social y la interpretación cognitiva de la situación social. En resumen, el procesamiento post-evento social es un proceso importante para el ajuste y la adaptación del comportamiento social.
6. La autofocalización es un término utilizado en psicología para describir la atención dirigida a estímulos internos, como pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas. Cuando una persona está autofocalizada, su atención está dirigida hacia su mundo interno en lugar de enfocarse en el mundo externo. Por ejemplo, si una persona está nerviosa antes de una presentación, es probable que esté autofocalizada y prestando atención a sus propias sensaciones físicas y emocionales en lugar de enfocarse en la audiencia o en la presentación en sí. Esto puede afectar negativamente su desempeño en la presentación. La autofocalización puede ser útil en ciertas situaciones, como en la meditación o en la introspección, pero también puede ser perjudicial cuando se produce en exceso, como en el caso de la ansiedad social, donde la atención se centra en uno mismo en detrimento de las interacciones sociales. Por lo tanto, la capacidad de regular la atención y dirigirla hacia estímulos relevantes es una habilidad importante para el bienestar emocional y el funcionamiento social efectivo.
7. Las imágenes mentales son representaciones cognitivas que se generan en la mente y se refieren a experiencias sensoriales sin la presencia de estímulos externos. Es decir, son imágenes generadas en la mente que se relacionan con las experiencias visuales, auditivas, táctiles, olfativas o gustativas. Por ejemplo, si alguien cierra los ojos e imagina una playa soleada con el sonido de las olas, las sensaciones de la brisa y el sol en la piel, está generando una imagen mental. Estas imágenes mentales pueden ser vívidas y detalladas, y pueden ser utilizadas para ayudar en la memoria, la planificación y la resolución de problemas.
8. Las imágenes mentales se han estudiado en diversas áreas de la psicología, incluyendo la psicología cognitiva, la psicología experimental y la neurociencia cognitiva. La capacidad para generar imágenes mentales es considerada una habilidad cognitiva importante y puede variar entre individuos.
9. Gilbert y Trower son dos psicólogos que defienden que la ansiedad social es una respuesta adaptativa que surge de la activación de sistemas evolucionados para hacer frente a las amenazas intra-especie. Estos sistemas evolutivos son primitivos y se encuentran en la mayoría de los animales, incluyendo a los seres humanos. Según esta teoría, la ansiedad social se activa cuando se percibe una amenaza social, como el rechazo o la evaluación negativa por parte de otros individuos. Esta activación puede ser experimentada como miedo, ansiedad o estrés, y su objetivo es preparar al individuo para hacer frente a la amenaza percibida.

10. Gilbert y Trower argumentan que los procesos patológicos subyacentes a la ansiedad social se relacionan con el desencadenamiento inadecuado de los sistemas de valoración/respuesta evolutivos que surgen de la amenaza social. En otras palabras, el problema no se encuentra en los procesos cognitivos o en el desarrollo del lenguaje, sino en la forma en que estos sistemas evolutivos se activan y regulan. Según esta perspectiva, las personas que experimentan ansiedad social tienen una mayor sensibilidad y reactividad a las amenazas sociales percibidas, lo que lleva a la activación inadecuada de estos sistemas de valoración/respuesta. Esto puede dar lugar a respuestas emocionales intensas, como miedo y ansiedad, que pueden ser difíciles de controlar y pueden interferir con el funcionamiento diario.
11. Clark y Wells (1995) proponen un modelo de ansiedad social en el que destacan la importancia de la evaluación social y la auto-evaluación. Según este modelo, la ansiedad social surge cuando las personas tienen creencias y expectativas negativas sobre su capacidad para interactuar con los demás de manera efectiva y satisfactoria. Estas creencias negativas suelen ser causadas por experiencias sociales negativas previas o por la percepción de amenaza social en el presente. Además, el modelo de Clark y Wells destaca la importancia de la auto-evaluación, es decir, la evaluación que las personas hacen de sí mismas en términos de su capacidad para interactuar socialmente. Las personas con ansiedad social tienden a evaluar negativamente sus habilidades sociales y temen ser juzgadas y evaluadas negativamente por los demás. En conjunto, estos factores cognitivos pueden dar lugar a un ciclo negativo de evaluación social y auto-evaluación negativa, lo que puede mantener y aumentar la ansiedad social. Además, el modelo de Clark y Wells destaca la importancia de la auto-evaluación, es decir, la evaluación que las personas hacen de sí mismas en términos de su capacidad para interactuar socialmente. Las personas con ansiedad social tienden a evaluar negativamente sus habilidades sociales y temen ser juzgadas y evaluadas negativamente por los demás. En conjunto, estos factores cognitivos pueden dar lugar a un ciclo negativo de evaluación social y auto-evaluación negativa, lo que puede mantener y aumentar la ansiedad social.
12. Según el modelo de Clark y Wells (1995), el procesamiento distorsionado de la información respecto a las situaciones sociales ocurre durante la fase de anticipación o pre-ocupación. Durante esta fase, las personas con ansiedad social tienden a centrarse en los posibles peligros y amenazas de la situación social que está por venir, y a interpretar los estímulos sociales de manera negativa y distorsionada. Por ejemplo, una persona con ansiedad social puede anticipar una situación social como una reunión de trabajo o una cena con amigos, y comenzar a preocuparse por cómo será percibido o evaluado por los demás. Durante esta fase de anticipación, puede interpretar los estímulos sociales de manera negativa, como pensar que los demás lo encontrarán aburrido, tonto o poco interesante. Este procesamiento distorsionado de la información puede llevar a un aumento de la ansiedad social, lo que a su vez puede afectar a la actuación en la situación social y perpetuar el ciclo negativo de evaluación social y auto-evaluación negativa. Por lo tanto, el modelo de Clark y Wells destaca la importancia de intervenir en esta fase de anticipación para reducir la ansiedad social y mejorar el rendimiento en situaciones sociales.
13. Además del procesamiento distorsionado de la información en la fase de anticipación, Clark y Wells (1995) destacan el papel del procesamiento del self como un objeto social en el mantenimiento de la ansiedad social. Este proceso se refiere a cómo las personas con ansiedad social tienden a preocuparse por cómo son percibidas por los demás, y a centrarse en la evaluación negativa de sí mismas por parte de los demás. Por ejemplo, una persona con ansiedad social puede estar preocupada por parecer tímida, aburrida o incompetente en una situación social, y puede centrarse en las señales negativas que percibe de los demás, como bostezos, miradas evasivas o gestos de impaciencia. Esta

preocupación por la evaluación social puede llevar a un aumento de la ansiedad y a una actuación menos efectiva en la situación social. En el modelo de Clark y Wells, se destaca la importancia de intervenir en este proceso de procesamiento del self como objeto social, mediante la identificación y desafío de las creencias disfuncionales acerca de sí mismo y la evaluación social, y la práctica de estrategias de afrontamiento efectivas para reducir la ansiedad y mejorar la actuación en situaciones sociales.

14. Lo central en el trastorno de ansiedad social según Clark y Wells (1995) es la atención focalizada en uno mismo. Específicamente, se refiere a la atención selectiva y excesiva que se dirige hacia la evaluación y el juicio negativo de uno mismo en situaciones sociales. Esta atención centrada en uno mismo conduce a una hipervigilancia de las propias reacciones y comportamientos, lo que a su vez aumenta la ansiedad social y puede generar un círculo vicioso de evitación de situaciones sociales y limitaciones en la vida cotidiana. En otras palabras, las personas con trastorno de ansiedad social tienden a centrar su atención en su propia ansiedad, preocupándose por cómo se sienten, cómo se ven y cómo se comportan en situaciones sociales. Esto puede llevar a una excesiva autoevaluación y a la preocupación por ser juzgado o evaluado negativamente por los demás, lo que a su vez puede aumentar la ansiedad social y dificultar el desempeño en situaciones sociales.
15. El sesgo atencional hacia las señales de amenaza externa es importante en la ansiedad social porque puede llevar a interpretaciones erróneas de las señales sociales. Las personas con ansiedad social tienen una tendencia a enfocar su atención en las señales negativas o amenazantes del ambiente social, como expresiones faciales negativas o gestos hostiles. Esto puede llevar a una interpretación exagerada de la situación social, generando un aumento de la ansiedad y la anticipación de un resultado negativo. Además, este sesgo atencional puede dificultar la comprensión de las señales sociales positivas o neutras, lo que a su vez puede llevar a interpretaciones erróneas de las intenciones de los demás. Esto puede contribuir a una visión negativa de uno mismo y de los demás, y puede aumentar la probabilidad de evitación de situaciones sociales.
16. Según Rapee y Heimberg, dos factores que influyen en la aparición de la Ansiedad Social / Trastorno de Ansiedad Social (AS/TAS) son la motivación y la probabilidad subjetiva de conseguir una determinada impresión. La motivación se refiere al grado en que una persona valora el éxito en una tarea social y se preocupa por su imagen ante los demás. Las personas con alta motivación tienen una mayor probabilidad de experimentar ansiedad social debido a que perciben una mayor amenaza en situaciones sociales y tienen un mayor temor a la evaluación negativa por parte de los demás. La probabilidad subjetiva de conseguir una determinada impresión se refiere a la creencia de una persona en su capacidad para manejar situaciones sociales y lograr una impresión positiva en los demás. Las personas que perciben una baja probabilidad de conseguir una impresión positiva pueden sentirse más ansiosas en situaciones sociales, ya que perciben una mayor amenaza y un mayor riesgo de ser evaluadas negativamente. Es importante destacar que la presencia de una audiencia y la probabilidad objetiva de conseguir una determinada impresión no fueron identificadas por Rapee y Heimberg como factores influyentes en la aparición de la AS/TAS. Sin embargo, estos factores pueden ser relevantes en el mantenimiento y la exacerbación de la ansiedad social. Por ejemplo, la presencia de una audiencia y la probabilidad objetiva de conseguir una determinada impresión pueden aumentar el nivel de ansiedad de una persona que ya tiene una tendencia a experimentar ansiedad social debido a una alta motivación y una baja probabilidad subjetiva de conseguir una impresión positiva.
17. Según Rapee y Heimberg, en una situación social, los recursos atencionales de la persona se centran en ambos focos de posibles amenazas, tanto en posibles amenazas externas como en la

representación interna del self. Es decir, la persona presta atención a las posibles amenazas que puedan presentarse en el ambiente social, así como a sus propios pensamientos, emociones y comportamientos que puedan ser evaluados negativamente por los demás. Esto puede generar un estado de hipervigilancia y ansiedad en situaciones sociales.

18. La perspectiva evolutiva de Gilbert sugiere que la ansiedad social es una respuesta adaptativa evolutiva que ha permitido a los seres humanos sobrevivir y prosperar en grupos sociales. Según esta perspectiva, los seres humanos han desarrollado un miedo a la evaluación negativa como un mecanismo de defensa para evitar ser rechazados o marginados por su grupo social, lo que podría poner en peligro su supervivencia y reproducción. Además, la perspectiva evolutiva también sugiere que la evaluación positiva puede generar miedo o ansiedad en algunas personas, especialmente si la evaluación positiva se relaciona con un aumento de su estatus social. Esto se debe a que un aumento en el estatus social puede generar una mayor atención y responsabilidad en el grupo social, lo que puede aumentar el riesgo de cometer errores o ser juzgado de manera más severa en el futuro. Por lo tanto, el miedo a la evaluación positiva también puede ser visto como un mecanismo evolutivo que ha evolucionado para proteger a las personas de los peligros potenciales asociados con el aumento de su estatus social.
19. Según Chance (1980), el modo agónico es una forma de interacción social que permite a los subordinados reconocer y anticipar amenazas. Este tipo de interacción se observa comúnmente en animales sociales, donde los individuos de menor estatus pueden presentar un comportamiento sumiso y de evitación hacia individuos de mayor estatus, lo que les permite evitar la agresión y anticipar amenazas futuras. En humanos, el modo agónico también se puede observar en situaciones de conflicto o competencia, donde los individuos pueden presentar comportamientos sumisos o de evitación para evitar la confrontación o anticipar posibles consecuencias negativas.
20. Según Norton y Abbott (2017), el surgimiento y la sintomatología de la AS/TAS están relacionados con experiencias traumáticas en situaciones sociales, como el acoso escolar, la exclusión social, la crítica constante, el abuso emocional y la falta de apoyo social. Estas experiencias pueden provocar un aumento en la sensibilidad y la hipervigilancia a las señales sociales amenazantes, así como una disminución en la capacidad para regular las emociones negativas y la autoevaluación positiva.
21. El sesgo atencional en la AS/TAS según Clark y Wells (1995) se centra en la propia persona, específicamente en la evaluación negativa de sí misma. Las personas con AS/TAS tienen una mayor tendencia a prestar atención a señales internas relacionadas con la ansiedad (como pensamientos negativos sobre sí mismos) y a procesar estas señales de manera más negativa que las personas sin AS/TAS. Este sesgo de atención puede perpetuar y amplificar la sintomatología de la AS/TAS.
22. Rapee y Heimberg (1997) proponen que en la AS/TAS, la atención se centra tanto en la propia persona como en las señales externas de amenaza. Es decir, la persona con AS/TAS presta atención tanto a sus propios pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales relacionados con la ansiedad social, como a los estímulos ambientales que puedan ser interpretados como amenazantes (por ejemplo, las expresiones faciales de otras personas, su lenguaje corporal, etc.). Esta atención selectiva hacia las posibles señales de amenaza contribuye a la amplificación y mantenimiento de la ansiedad social.
23. Según la teoría de la auto-presentación, la ansiedad social es más probable que aparezca cuando la persona está motivada para dar una determinada impresión y no está segura de lograrlo. Esto se debe a que la persona siente que su imagen pública está en juego y teme que los demás descubran sus debilidades o defectos, lo que puede llevar a una evaluación negativa y al rechazo social. La ansiedad social, por lo tanto, puede considerarse como una forma de estrés relacionado con la auto-presentación y la preocupación por la impresión que se da a los demás.

24. La teoría de la auto-presentación de Schlenker y Leary (1982) postula que la persona se preocupa por cómo se ve a sí misma y cómo es vista por los demás, y que actúa para presentarse de una manera que ejerza influencia en los demás. La teoría se enfoca en cómo las personas intentan controlar la impresión que los demás tienen de ellas a través de la presentación de una imagen específica de sí mismas. Esta imagen puede ser consistente con su verdadero yo o puede ser una versión idealizada de sí mismos que buscan mantener para proteger su autoestima. La teoría de la auto-presentación es relevante para entender la ansiedad social, ya que las personas pueden sentirse ansiosas cuando se enfrentan a situaciones sociales en las que se sienten evaluadas por los demás y sienten la presión de mantener una imagen positiva de sí mismas.

| **Criterios para el diagnóstico del Trastorno de ansiedad social según el DSM-5 (APA, 2013)** |
|---|
| **Criterio A.** Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).<br>Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos. |
| **Criterio B.** El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas). |
| **Criterio C.** Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.<br>Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales. |
| **Criterio D.** Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa. |
| **Criterio E.** El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural. |
| **Criterio F.** El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses. |

| **Criterios para el diagnóstico del Trastorno de ansiedad social según el DSM-5 (APA, 2013)** |
|---|
| **Criterio G.** El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. |
| **Criterio H.** El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica. |
| **Criterio I.** El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista. |
| **Criterio J.** Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con ésta o ser excesivos. |
| **Especificar si:**<br>Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público. |

## Capítulo 4. Vol. II. Trastornos asociados a traumas y estresores.

1. Un flashback es una experiencia en la que la persona que ha sufrido un trauma revive el acontecimiento traumático de manera vívida y detallada. La persona puede sentir que está experimentando el evento de nuevo, incluso aunque esté en un entorno seguro y tranquilo. Durante un flashback, la persona puede experimentar una intensa angustia emocional, física y cognitiva. La persona puede sentir miedo, ansiedad, desorientación, pérdida de control y un intenso deseo de escapar de la situación. En contraste, las otras opciones se refieren a síntomas relacionados con el trastorno de estrés postraumático (TEPT), pero no describen específicamente un flashback. Los recuerdos recurrentes de lo que sucedió antes y durante el suceso traumático se refieren a la reexperimentación, mientras que la imposibilidad o dificultad para recordar información relacionada con el evento negativo se refiere a la amnesia disociativa, ambos síntomas del TEPT.
2. La amnesia disociativa es un tipo de amnesia que se produce como resultado de un trauma psicológico, y es uno de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT). En la amnesia disociativa, la persona tiene dificultades para recordar información importante relacionada con el trauma, como detalles del evento o personas involucradas. A diferencia del olvido normal, que se produce gradualmente y de manera natural con el tiempo, la amnesia disociativa es una pérdida de memoria repentina y extrema que no puede ser explicada por las leyes naturales del olvido. Por lo

tanto, la amnesia disociativa no es el resultado de un problema de almacenamiento o recuperación de la memoria, sino que se debe a un mecanismo de defensa psicológico que se activa para proteger a la persona del dolor emocional asociado con el trauma. Es importante destacar que la amnesia disociativa no es lo mismo que la reexperimentación o el flashback, en los cuales la persona revive el evento traumático con imágenes y sensaciones vívidas.

3. Los dos polos que constituyen el núcleo de la sintomatología postraumática son la reexperimentación y la evitación. La reexperimentación se refiere a la presencia de recuerdos invasivos y recurrentes del evento traumático, incluyendo pesadillas, flashbacks y pensamientos intrusivos. La persona se siente como si estuviera reviviendo el evento, lo que le causa un gran sufrimiento emocional. Por otro lado, la evitación se refiere a la tendencia a evitar cualquier cosa que pueda recordarle el evento traumático, como lugares, personas, situaciones o actividades. La evitación puede ser tanto conductual como emocional, y puede incluir la retirada emocional y el aislamiento social. Ambos polos, la reexperimentación y la evitación, se asocian con el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y pueden causar un gran sufrimiento en la persona afectada. Los síntomas de hiperactivación y alteraciones cognitivas/cambios en el estado de ánimo también son comunes en el TEPT, pero se consideran síntomas secundarios.
4. La despersonalización es un síntoma que puede presentarse en el TEPT, y se refiere a la experiencia de sentirse extraño o distanciado de uno mismo, como si estuviera observando su propio cuerpo o pensamientos desde afuera. En los niños menores de 6 años, este síntoma puede manifestarse como una sensación de desapego, como si no estuvieran realmente presentes en el momento actual. La despersonalización a menudo se acompaña de otros síntomas de disociación, como la desrealización, que es la experiencia persistente de un sentimiento de irrealidad del entorno.
5. La desrealización se refiere a la experiencia persistente de sentir que el entorno es irreal o extraño, como si estuviera distorsionado o como si no fuera real. Es común que este síntoma se presente en el contexto del TEPT, y puede ser especialmente confuso y aterrador para los niños pequeños que no pueden comprender lo que está sucediendo.
6. El trauma puede generar una respuesta de ansiedad intensa y persistente en la persona afectada. En algunos casos, esta respuesta de ansiedad puede generalizarse a otros estímulos que no estaban presentes en el evento traumático original, lo que puede dificultar el funcionamiento normal de la persona en su vida cotidiana. Este proceso se conoce como generalización de estímulos y es una forma natural de aprendizaje que ocurre cuando una respuesta condicionada se extiende a estímulos similares a los que se usaron en el proceso de condicionamiento clásico. Por ejemplo, si una persona es atacada por un perro grande y feroz, es posible que desarrolle una respuesta de ansiedad condicionada específica a la vista del perro en cuestión. Sin embargo, esta respuesta de ansiedad también puede generalizarse a otros perros grandes o incluso a otros animales o estímulos que tengan características similares al perro original, como el tamaño o la ferocidad. Es importante destacar que el proceso de generalización de estímulos no es necesariamente negativo, ya que puede ayudar a las personas a adaptarse a situaciones nuevas y desconocidas al transferir respuestas aprendidas previamente. Sin embargo, en el caso del trauma, la generalización excesiva de la ansiedad puede limitar la capacidad de la persona para funcionar normalmente y puede requerir tratamiento profesional para superarla.
7. Según Abramson et al. (1978), las atribuciones que hacen sentir peor a las víctimas después de un suceso traumático son aquellas que son internas, estables y globales. Las atribuciones internas se refieren a la creencia de que el suceso traumático ocurrió como resultado de características personales de la víctima, como su personalidad o habilidades. Por ejemplo, una víctima de acoso escolar puede

creer que fue víctima porque es débil o impopular. Las atribuciones estables se refieren a la creencia de que las causas del suceso traumático son permanentes y no cambian. Por ejemplo, una víctima de un robo a mano armada puede creer que siempre será vulnerable y que no hay nada que pueda hacer para cambiar su situación. Las atribuciones globales se refieren a la creencia de que las causas del suceso traumático se aplican a todas las situaciones y circunstancias. Por ejemplo, una víctima de un accidente de tráfico puede creer que todas las carreteras son peligrosas y que nunca estará a salvo en un coche. Estas atribuciones pueden hacer que la víctima se sienta impotente y sin control sobre su situación, lo que puede aumentar su estrés y sufrimiento después del suceso traumático. Por el contrario, las atribuciones externas, inestables y específicas, como creer que el suceso traumático fue causado por factores externos y cambiantes, o que solo se aplica a una situación específica, pueden ser más útiles para la recuperación y adaptación después de un suceso traumático.

8. La teoría de la indefensión aprendida, desarrollada por Martin Seligman en la década de 1960, explica por qué algunas víctimas se sienten paralizadas, indefensas y culpables después de un suceso traumático. Esta teoría sostiene que cuando una persona experimenta una situación en la que no tiene control sobre lo que le está sucediendo, puede desarrollar una creencia de que sus acciones no tienen impacto en su entorno y que es impotente para cambiar la situación. En el contexto del trauma, la teoría de la indefensión aprendida sugiere que las víctimas pueden desarrollar una creencia de que no pueden hacer nada para evitar o cambiar la situación traumática, lo que puede llevar a sentimientos de parálisis, indefensión y culpa. Por ejemplo, una víctima de abuso infantil que ha intentado defenderse pero no ha podido detener el abuso puede desarrollar una creencia de que es impotente e indefensa, lo que puede afectar su autoestima y bienestar emocional. La teoría de la indefensión aprendida también sugiere que estas creencias pueden ser generales y afectar la forma en que la víctima se percibe en otros ámbitos de su vida. Por ejemplo, una víctima de abuso infantil puede desarrollar una creencia de que es impotente en todas las situaciones de su vida, lo que puede afectar su capacidad para tomar decisiones y controlar su entorno. Es importante destacar que la teoría de la indefensión aprendida se ha aplicado principalmente al estudio de la depresión, pero también se ha utilizado en el contexto del trauma para comprender por qué algunas víctimas pueden experimentar sentimientos de parálisis e indefensión después de un suceso traumático.
9. El modelo cognitivo de Ehlers y Clark es una teoría que busca explicar cómo se desarrollan y mantienen los trastornos de estrés postraumático (TEPT). Este modelo destaca la importancia de la memoria del evento traumático, la falta de elaboración e integración de la memoria, así como la evaluación negativa o inadecuada que la persona hace de múltiples aspectos. Según este modelo, las personas con TEPT tienen dificultades para procesar y elaborar la información relacionada con el evento traumático, lo que lleva a que esta información quede fragmentada e inadecuadamente almacenada en la memoria. Esto dificulta la integración de la experiencia traumática en la memoria autobiográfica y puede llevar a que la persona experimente síntomas intrusivos como flashbacks y pesadillas. Además, el modelo destaca la importancia de la evaluación negativa o inadecuada que la persona hace de múltiples aspectos, como su capacidad para afrontar el evento traumático, su autoestima y su capacidad para establecer relaciones con los demás. Estas evaluaciones negativas pueden mantener los síntomas del TEPT y dificultar la recuperación. El modelo cognitivo de Ehlers y Clark también destaca la importancia de la generalización del miedo y la ansiedad a otros estímulos relacionados con el evento traumático, lo que puede llevar a la evitación de situaciones que no son directamente peligrosas pero que se asocian con el evento traumático.
10. En el modelo cognitivo de Ehlers y Clark, las respuestas patológicas se relacionan con la evaluación negativa o inadecuada de múltiples aspectos, como la valoración de los propios pensamientos,

emociones y comportamientos, las señales de peligro y la relación con los demás. Mientras tanto, la teoría de la representación dual destaca la disociación de los recuerdos traumáticos, donde la información se almacena de manera dual en dos tipos de representaciones: una memoria verbalmente accesible y una memoria emocionalmente inaccesible. En resumen, ambos modelos explican diferentes aspectos de las respuestas patológicas relacionadas con el trauma.

11. Según Echeburúa y Corral, la forma en que una persona metaboliza un suceso traumático puede estar influenciada por factores de vulnerabilidad y de protección. Los factores de vulnerabilidad incluyen características personales como la historia previa de trauma, la personalidad, la presencia de trastornos psicológicos previos y la falta de apoyo social, entre otros. Por otro lado, los factores de protección incluyen el apoyo social, la resiliencia, el afrontamiento adaptativo y la presencia de redes de ayuda.
12. La rumiación y la evitación intencionada de pensamientos intrusivos son las estrategias de afrontamiento cognitivo predictoras de un peor pronóstico según Brewin y Holmes (2003). La rumiación se refiere a la tendencia a centrarse en los pensamientos y emociones negativas, mientras que la evitación intencionada se refiere a la tendencia a tratar de suprimir o evitar pensamientos intrusivos relacionados con el trauma. Ambas estrategias pueden prolongar la experiencia del evento traumático y dificultar la recuperación emocional. En contraposición, la expresión emocional y la reflexión profunda se consideran estrategias más adaptativas que pueden ayudar a procesar el trauma y mejorar el bienestar emocional.

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de estrés agudo según el DSM-5 (APA, 2013)**

**Criterio A.** Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
☑ Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
☑ Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
☑ Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo.
Nota: En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
☑ Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos, policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).
**Nota:** Esto no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

**Criterio B.** Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s):

**Síntomas de intrusión**
☑ Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
**Nota:** En los niños, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
☑ Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s).
**Nota:** En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
☑ Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
**Nota:** En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
☑ Malestar psicológico intenso o prolongado, o reacciones fisiológicas importantes en repuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
**Estado de ánimo negativo**
☑ Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
**Síntomas disociativos:**
☑ Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de estrés agudo según el DSM-5 (APA, 2013)**

del tiempo).
☑Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
**Síntomas de evitación**
☑Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
☑Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos
acerca del o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
**Síntomas de alerta**
☑Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
☑Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
☑Hipervigilancia.
☑Problemas con la concentración.
☑Respuesta de sobresalto exagerada.

**Criterio C.** La duración del trastorno (síntomas del Criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma.
**Nota:** Los síntomas comienzan en general inmediatamente después del trauma, pero es necesario que persistan al menos durante tres días y hasta un mes para cumplir los criterios del trastorno.

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

**Criterio E.** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica (p. ej., traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años según el DSM-5 (APA, 2013)**

**Criterio A.** En niños menores de 6 años, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
☑Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
☑Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros, especialmente a los cuidadores primarios.
Nota: No incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión,
películas o fotografías.
☑Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

**Criterio B.** Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan después del suceso(s) traumático(s):
☑Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de estrés postraumático en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. según el DSM-5 (APA, 2013)**

**Criterio A.** Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
☑Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
☑Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
☑Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
☑Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).
Nota: El último criterio no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

**Criterio B.** Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):
☑Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e



CC BY NC ND

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años según el DSM-5 (APA, 2013)**

suceso(s) traumático(s).
Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustiosos y se pueden expresar como recreación en el juego.
☑Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
Nota: Puede resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.
☑Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
☑Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
☑Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso(s) traumático(s).

**Criterio C.** Ha de estar presente uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s):

**Evitación persistente de los estímulos**
☑Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).
☑Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).

**Alteración cognitiva**
☑Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (p. ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).
☑Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
☑Comportamiento socialmente retraído.
☑Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

**Criterio D.** Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso (s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
☑Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se
expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas pataletas extremas).
☑Hipervigilancia.

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de estrés postraumático en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. según el DSM-5 (APA, 2013)**

intrusivos del suceso(s) traumático(s).
Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se
expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
☑Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
☑Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
☑Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
☑Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

**Criterio C.** Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

☑Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
☑Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

**Criterio D**. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

☑Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

| **Criterios para el diagnóstico del Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años según el DSM-5 (APA, 2013)** | **Criterios para el diagnóstico del Trastorno de estrés postraumático en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. según el DSM-5 (APA, 2013)** |
|---|---|
| ☑Respuesta de sobresalto exagerada.<br>☑Problemas con concentración.<br>☑Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto). | ☑Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., «Estoy mal», «No puedo confiar en nadie», «El mundo es muy peligroso», «Tengo los nervios destrozados»).<br>☑Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.<br>☑Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).<br>☑Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.<br>☑Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.<br>☑Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos). |
| **Criterio E.** La duración de la alteración es superior a un mes. | **Criterio E.** Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:<br><br>☑Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.<br>☑Comportamiento imprudente o autodestructivo.<br>☑Hipervigilancia.<br>☑Respuesta de sobresalto exagerada.<br>☑Problemas de concentración.<br>☑Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto). |
| **Criterio F.** La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela. | **Criterio F**. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes. |
| **Criterio G**. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica. | **Criterio G.** La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. |
| | **Criterio H**. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica. |
| **Especificar si:**<br>Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los cuadros siguientes:<br><br>☑**Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego, y como si uno mismo fuera un | **Especificar si:**<br>Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:<br><br>☑**Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente |

| Criterios para el diagnóstico del Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años según el DSM-5 (APA, 2013) | Criterios para el diagnóstico del Trastorno de estrés postraumático en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. según el DSM-5 (APA, 2013) |
|---|---|
| observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).<br>☑ **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).<br><br>**Nota:** Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja). | de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).<br>☑ **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).<br><br>**Nota:** Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja). |
| **Especificar si:**<br>Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos). | **Especificar si:**<br>Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos). |

| Biográficos | Psicobiológicos | Psicológicos | Psicopatológicos | Sociofamiliares |
|---|---|---|---|---|
| ☑ Historia de victimización en la infancia (abuso sexual, malos tratos, etc.).<br>☑ Antecedentes de otros sucesos traumáticos en el pasado. | ☑ Elevado grado de neuroticismo.<br>☑ Baja resistencia al estrés. | ☑ Escasos recursos de afrontamiento.<br>☑ Mala adaptación a los cambios.<br>☑ Inestabilidad emocional previa. | ☑ Trastornos psiquiátricos anteriores (trastornos adictivos, del estado de ánimo, de ansiedad, de personalidad, etc.). | ☑ Falta de apoyo familiar.<br>☑ Falta de apoyo social. |

***Factores de vulnerabilidad ante un suceso traumático (Echeburúa, 2004).***

| Criterios para el diagnóstico del Trastorno de apego reactivo según el DSM-5 (APA, 2013) |
|---|
| **Criterio A.** Patrón constante de comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos, que se manifiesta por las dos características siguientes: |



CC BY NC ND

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de apego reactivo según el DSM-5 (APA, 2013)**

☑El niño raramente o muy pocas veces busca consuelo cuando siente malestar.
☑El niño raramente o muy pocas veces se deja consolar cuando siente malestar.

**Criterio B.** Alteración social y emocional persistente que se caracteriza por dos o más de los síntomas siguientes:

☑Reacción social y emocional mínima a los demás.
☑Afecto positivo limitado.
☑Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicado que son evidentes incluso durante las interacciones no amenazadoras con los cuidadores adultos

**Criterio C.** El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

☑Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
☑Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
☑Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).

**Criterio D.** Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan cuando falta el cuidado adecuado del Criterio C).

**Criterio E.** No se cumplen los criterios para el trastorno del espectro autista.

**Criterio F.** El trastorno es evidente antes de los 5 años.

**Criterio G.** El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

**Especificar si:**
Persistente: El trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

**Especificar la gravedad actual:**
El trastorno de apego reactivo se especifica como grave cuando un niño tiene todos los síntomas del trastorno, y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de relación social desinhibida según el DSM-5 (APA, 2013)**

**Criterio A.** Patrón de comportamiento en el que un niño se aproxima e interacciona activamente con adultos extraños y presenta dos o más de las características siguientes:

☑Reducción o ausencia de reticencia para aproximarse e interaccionar con adultos extraños.
☑Comportamiento verbal o físico demasiado familiar (que no concuerda con lo aceptado culturalmente y con los límites sociales apropiados a la edad).



CC BY NC ND

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de relación social desinhibida según el DSM-5 (APA, 2013)**

☑Recurre poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada, incluso en contextos extraños.
☑Disposición a irse con un adulto extraño con poca o ninguna vacilación.

**Criterio B.** Los comportamientos del Criterio A no se limitan a la impulsividad (como en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad), pero incluyen un comportamiento socialmente desinhibido.

**Criterio C.** El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

☑Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
☑Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
☑Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).

**Criterio D.** Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan tras el cuidado patógeno del Criterio C).

**Criterio E.** El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

**Especificar si:**
**Persistente:** El trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

**Especificar la gravedad actual:**
El trastorno de apego reactivo se especifica como grave cuando un niño tiene todos los síntomas del trastorno, y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

## Capítulo 5. Vol. II. TOC y trastornos relacionados.

1. Los comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo se consideran dentro del grupo de trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados en el DSM-5. Este grupo incluye trastornos como el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno dismórfico corporal y el trastorno de acumulación, entre otros. Los comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo pueden estar presentes en el trastorno dismórfico corporal, en el cual la persona se preocupa excesivamente por defectos percibidos en su apariencia y puede pasar mucho tiempo en comportamientos repetitivos como comprobar su apariencia en un espejo o buscar confirmación de otros sobre su apariencia. En el TOC, los comportamientos repetitivos pueden incluir rituales de limpieza o de verificación, mientras que en el trastorno de acumulación, los comportamientos pueden incluir la recolección excesiva de objetos y la dificultad para deshacerse de ellos. Es importante destacar que los comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo no se consideran dentro del grupo de trastornos de ansiedad ni de trastornos del estado de ánimo en el DSM-5.
2. La aproximación intermedia de Lee y Cols. entre los enfoques de subtipos y dimensional para diferenciar entre dos grandes grupos de obsesiones se basa en la distinción entre dos tipos de obsesiones: autógenas y reactivas. Las obsesiones autógenas se refieren a pensamientos intrusivos

que surgen de la propia mente de la persona y están relacionados con su autoconcepto, su identidad y su responsabilidad personal. Por ejemplo, las obsesiones autógenas pueden incluir miedo a perder el control de la propia mente o a hacer algo que contradiga los valores personales. Por otro lado, las obsesiones reactivas se refieren a pensamientos intrusivos que son provocados por estímulos externos, como la contaminación o la posibilidad de causar daño a alguien. Por ejemplo, las obsesiones reactivas pueden incluir el miedo a la contaminación o la necesidad de verificar que una puerta esté cerrada para evitar que alguien entre a robar. Esta distinción entre obsesiones autógenas y reactivas puede ayudar a los profesionales de la salud a comprender mejor las experiencias de las personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y a desarrollar tratamientos más efectivos que aborden las preocupaciones específicas de cada individuo. Además, esta aproximación intermedia se sitúa entre los enfoques de subtipos y dimensional, ya que permite diferenciar entre dos grandes grupos de obsesiones sin necesidad de reducirlas a categorías fijas y excluyentes.

3. El insight en el TOC se refiere a la conciencia que tiene una persona con TOC de que sus obsesiones y compulsiones son irracionales y excesivas. El insight puede variar de persona a persona y de episodio a episodio en una misma persona. Algunas personas con TOC tienen un insight completo y son capaces de reconocer que sus pensamientos y comportamientos son inapropiados e irracionales, mientras que otras pueden tener un insight parcial o nulo. En general, se cree que un insight bajo en el TOC se asocia con una mayor gravedad del trastorno, una mayor comorbilidad con otros problemas psicológicos y médicos, una mayor duración del trastorno (p. ej., cronicidad) y un inicio temprano de los síntomas. Esto se debe a que la falta de insight puede dificultar la búsqueda de tratamiento, la adherencia al mismo y la adopción de estrategias efectivas para controlar los síntomas. Además, el insight bajo puede aumentar el malestar emocional y la discapacidad asociados con el TOC.
4. La acomodación familiar en el contexto del TOC se refiere a las acciones que los miembros de la familia realizan para ayudar a la persona con TOC a controlar sus obsesiones y compulsiones. Estas acciones pueden incluir la participación activa en los rituales compulsivos, la evitación de situaciones o objetos que puedan desencadenar las obsesiones y la facilitación de la búsqueda de tranquilidad y seguridad para la persona con TOC. Aunque la acomodación familiar puede ser realizada con la intención de ayudar a la persona con TOC, en realidad puede perpetuar el trastorno y empeorar los síntomas a largo plazo. La acomodación puede reforzar las creencias irracionales de la persona con TOC y disminuir la capacidad de la persona para enfrentar y tolerar la ansiedad asociada con las obsesiones y compulsiones. Además, la acomodación puede aumentar la carga emocional y la sobrecarga de la familia, y limitar su capacidad para funcionar de manera efectiva. En resumen, la acomodación familiar es una estrategia de adaptación que puede ser problemática en el contexto del TOC. Los profesionales de la salud mental deben trabajar con los miembros de la familia para identificar las conductas de acomodación y desarrollar estrategias más efectivas para apoyar a la persona con TOC sin perpetuar el trastorno. El tratamiento adecuado del TOC debe incluir tanto a la persona con el trastorno como a sus familiares cercanos.
5. La principal diferencia entre los comportamientos repetitivos en personas con autismo y trastornos relacionados y los de las personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es la presencia de obsesiones. En el TOC, los comportamientos repetitivos se realizan en respuesta a obsesiones, que son pensamientos intrusivos, no deseados y persistentes que generan ansiedad. Los comportamientos repetitivos, o compulsiones, se realizan para aliviar temporalmente esa ansiedad. En las personas con autismo y trastornos relacionados, los comportamientos repetitivos no están necesariamente relacionados con obsesiones. A menudo, estos comportamientos son un medio para regular la estimulación sensorial o para lidiar con la ansiedad generalizada. Por ejemplo, una persona con

autismo puede balancearse hacia adelante y hacia atrás como una forma de regular su sistema nervioso y reducir la sobrecarga sensorial. Además, las personas con autismo a menudo exhiben comportamientos ritualizados y estereotipados, como alinear objetos o repetir palabras o frases, que no son necesariamente compulsiones en respuesta a obsesiones. Estos comportamientos pueden ser una forma de establecer predictibilidad y estructura en su entorno, y pueden ser reconfortantes y calmantes para la persona.

6. Los tics son movimientos o sonidos involuntarios, rápidos y repetitivos, que se producen de manera súbita e impredecible. Por lo general, los tics afectan a grupos musculares concretos, como los ojos, la boca, los brazos o las piernas. Los tics no tienen una finalidad específica, y a menudo no proporcionan alivio o satisfacción a la persona que los experimenta. Por otro lado, las compulsiones son comportamientos repetitivos y ritualizados que se realizan en respuesta a una obsesión, con el fin de aliviar la ansiedad o la incomodidad causada por la obsesión. Las compulsiones pueden involucrar más grupos musculares que los tics y pueden tener una finalidad específica, como por ejemplo, lavarse las manos repetidamente para reducir la ansiedad provocada por el miedo a los gérmenes. En resumen, mientras que los tics son movimientos o sonidos involuntarios sin una finalidad específica, las compulsiones son comportamientos repetitivos y ritualizados que se realizan con una finalidad específica en respuesta a una obsesión.
7. La teoría conductual del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se basa en la hipótesis de la reducción de la ansiedad como motivador principal de las compulsiones. Según esta teoría, las compulsiones se desarrollan como una forma de reducir la ansiedad que se produce como resultado de obsesiones recurrentes. Las obsesiones son pensamientos intrusivos, no deseados y persistentes que generan ansiedad, y las compulsiones son comportamientos repetitivos que se realizan para aliviar temporalmente esa ansiedad. La teoría conductual del TOC sostiene que las compulsiones se aprenden a través del proceso de condicionamiento clásico y operante. En el condicionamiento clásico, se asocian obsesiones con eventos estresantes o traumáticos, y en el condicionamiento operante, se refuerzan las compulsiones a medida que reducen temporalmente la ansiedad. La teoría conductual también es la base del tratamiento del TOC, que se centra en la exposición con prevención de la respuesta (ERP). La ERP implica exponer gradualmente a la persona a las obsesiones que les provocan ansiedad, sin permitirles realizar compulsiones. A través de la repetición de esta exposición, la persona aprende que las obsesiones no son peligrosas y que no necesitan realizar compulsiones para reducir la ansiedad. Como resultado, se espera que las compulsiones disminuyan y la ansiedad asociada con las obsesiones se reduzca.
8. Rachman argumenta que las personas que experimentan obsesiones pueden tener una mayor sensibilidad a los pensamientos intrusivos y no deseados, lo que significa que esos pensamientos pueden resultar más perturbadores y angustiantes que para otras personas. Como resultado, las personas con obsesiones pueden ser más propensas a intentar controlar o suprimir estos pensamientos, lo que a su vez puede hacer que los pensamientos se vuelvan más persistentes. La hipótesis adicional de Rachman también sugiere que las personas con obsesiones pueden tener dificultades para habituarse a la irrupción de pensamientos intrusivos en su flujo normal de pensamientos. La habituación se refiere a la disminución de la respuesta a un estímulo después de la exposición repetida a ese estímulo. En el caso de las obsesiones, la falta de habituación puede hacer que los pensamientos intrusivos sigan siendo angustiantes y perturbadores, lo que a su vez puede aumentar la probabilidad de que se realicen compulsiones para aliviar la ansiedad. En resumen, la hipótesis adicional propuesta por Rachman sugiere que la sensibilización a los pensamientos

intrusivos y la falta de habituación a su irrupción en el flujo normal de pensamientos son factores importantes que contribuyen a la persistencia de las obsesiones.

9. El procesamiento emocional se refiere al proceso por el cual una persona experimenta y procesa emociones en respuesta a un estímulo, como un pensamiento obsesivo. Según la hipótesis de procesamiento emocional de Rachman, las obsesiones persisten en parte porque las personas con TOC experimentan una interrupción en su capacidad para procesar emociones de manera efectiva. En otras palabras, las personas con TOC pueden tener dificultades para regular sus emociones, especialmente las emociones negativas asociadas con las obsesiones. La hipótesis de procesamiento emocional sugiere que la exposición con prevención de la respuesta (EPR), una forma de terapia de exposición utilizada en el tratamiento del TOC, puede ser efectiva porque permite que las personas con TOC procesen emociones de manera más efectiva. Durante la EPR, las personas con TOC se exponen a sus obsesiones de manera gradual y sistemática mientras se les impide realizar compulsiones en respuesta a ellas. Con el tiempo, se espera que las personas con TOC aprendan a tolerar la ansiedad asociada con las obsesiones y a procesar de manera más efectiva las emociones negativas asociadas con ellas. En resumen, Rachman (1980) plantea que el procesamiento emocional es una explicación alternativa y complementaria a la hipótesis inicial de reducción de la ansiedad en el TOC. La hipótesis de procesamiento emocional sugiere que las obsesiones persisten en parte porque las personas con TOC experimentan dificultades para regular sus emociones, y que la EPR puede ser efectiva porque permite que las personas con TOC procesen emociones de manera más efectiva.
10. La teoría del aprendizaje inhibitorio, propuesta por Jacoby y Abramowitz (2016), sugiere que el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se puede explicar en términos de un aprendizaje inhibitorio deficiente. Según esta teoría, las obsesiones y compulsiones se desarrollan a través de un proceso de condicionamiento clásico. Por ejemplo, una persona puede experimentar una obsesión después de haber experimentado una situación estresante o traumática. La obsesión se convierte en un estímulo condicionado que se asocia con el estímulo incondicionado (el evento estresante o traumático). A medida que la asociación entre el estímulo condicionado y el incondicionado se fortalece, la obsesión se convierte en un disparador para la ansiedad y la compulsión se convierte en un comportamiento que reduce temporalmente la ansiedad. Según la teoría del aprendizaje inhibitorio, la terapia de exposición y prevención de la respuesta (EPR) funciona al promover un nuevo aprendizaje inhibitorio. Durante la EPR, una persona con TOC se expone repetidamente a los estímulos que desencadenan sus obsesiones, pero se le impide realizar la compulsión que normalmente reduce la ansiedad asociada. A medida que la persona experimenta repetidamente la exposición sin realizar la compulsión, su cerebro aprende a inhibir la respuesta de ansiedad condicionada asociada con la obsesión. En resumen, la teoría del aprendizaje inhibitorio propone que el TOC se puede explicar en términos de un aprendizaje inhibitorio deficiente. La terapia de exposición y prevención de la respuesta (EPR) funciona al promover un nuevo aprendizaje inhibitorio que permite que la persona con TOC inhiba la respuesta de ansiedad condicionada asociada con la obsesión.
11. Según McFall y Wollersheim (1979), uno de los procesos de valoración disfuncional que se producen en el trastorno obsesivo-compulsivo es la sobrevaloración de la amenaza. Esto se refiere a la tendencia de las personas con TOC a evaluar los estímulos que perciben como amenazantes de manera exagerada, lo que puede llevar a una respuesta de ansiedad y a la realización de compulsiones para reducir la ansiedad asociada. Este proceso de valoración disfuncional también puede involucrar la interpretación errónea de la información ambigua o la asignación de significados catastróficos a

eventos o situaciones cotidianas. En general, este enfoque destaca la importancia de la evaluación cognitiva en el mantenimiento del TOC.

12. Según el planteamiento de Salkovskis (1985), el origen de los pensamientos obsesivos está en la interpretación negativa y catastrófica que se hace de los pensamientos intrusos normales que experimentan muchas personas. Es decir, se considera que los pensamientos intrusos no son patológicos en sí mismos, sino que su contenido neutro o banal se ve distorsionado por una interpretación sesgada y exagerada, lo que los convierte en pensamientos obsesivos. Por ejemplo, una persona puede tener un pensamiento intruso de "¿Y si olvidé cerrar la puerta de casa?" y esta preocupación normal puede convertirse en una obsesión si se le atribuye un significado catastrófico y se asocia con una respuesta de ansiedad y la realización de compulsiones para tratar de evitar que la preocupación se haga realidad. En resumen, según el planteamiento de Salkovskis, los pensamientos obsesivos no son patológicos en sí mismos, sino que su origen está en la interpretación disfuncional de pensamientos intrusos normales.
13. La obra de Rachman y Hodgson (1980) destacó la presencia de pensamientos intrusos no deseados en personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) como una contribución fundamental en la explicación del trastorno. Estos pensamientos pueden ser de contenido sexual, violento, blasfemo, entre otros, y suelen generar una gran ansiedad y malestar en las personas con TOC. Además, se propuso que estas obsesiones pueden ser el resultado de un procesamiento cognitivo disfuncional, en el que las personas con TOC dan demasiada importancia a ciertos pensamientos y les asignan un significado negativo exagerado.
14. Las creencias disfuncionales sobre los pensamientos intrusos llevan a interpretaciones y valoraciones inadecuadas, generando una reacción emocional más intensa y mayor implicación en comportamientos de neutralización. Esto establece un círculo vicioso que lleva al progresivo aumento del problema hasta convertirse en TOC.
15. Los enfoques enmarcados en el modelo cognitivo del TOC general coinciden en otorgar un papel fundamental a ciertas creencias y valoraciones disfuncionales sobre los pensamientos intrusos no deseados, que están en la base de las valoraciones primarias disfuncionales que la persona realiza sobre esos pensamientos.
16. Las estrategias de afrontamiento disfuncional resultan eficaces a corto plazo, pero a medio plazo son infructuosas debido a que no resuelven el problema subyacente y hacen a la persona más susceptible a futuras intrusiones.
17. Según Clark (2004), las valoraciones secundarias son las evaluaciones que se hacen sobre las consecuencias percibidas del fracaso en el control de las obsesiones, tales como el temor a la pérdida de control, el miedo a hacer daño a otros, el miedo a ser contaminado, entre otros. Estas valoraciones pueden ser el resultado de las creencias disfuncionales relacionadas con las obsesiones y pueden contribuir al mantenimiento del trastorno obsesivo-compulsivo al aumentar la ansiedad y la angustia asociadas a las obsesiones. Por lo tanto, prestar atención a las valoraciones secundarias puede ser importante en el tratamiento del TOC.
18. El modelo basado en el razonamiento patológico se enfoca en los estilos de razonamiento erróneos, mientras que el modelo basado en valoraciones se enfoca en la valoración disfuncional de las intrusiones. El modelo basado en razonamiento patológico del TOC postula que los estilos de razonamiento erróneos son la base de la aparición de las obsesiones, mientras que el modelo basado en valoraciones se enfoca en explicar cómo las intrusiones se convierten en frecuentes y persistentes debido a la valoración disfuncional y de ahí se escalan hasta convertirse en obsesiones clínicas.

19. El Koro es un trastorno culturalmente específico que se presenta en ciertas culturas asiáticas, especialmente en China y Malasia. Se caracteriza por el miedo irracional a la retracción genital, es decir, la creencia de que los genitales se están encogiendo y pueden desaparecer. Esta preocupación excesiva suele ir acompañada de síntomas físicos, como dolor abdominal, sudoración, taquicardia y mareo. Aunque la causa exacta del Koro es desconocida, se cree que está relacionada con factores culturales, psicológicos y biológicos.
20. El modelo de aprendizaje social de Neziroglu y sus colegas se enfoca en cómo los factores sociales y ambientales pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento del TDC. Proponen que las experiencias tempranas de los individuos, como las interacciones familiares y las relaciones de pareja, pueden influir en la formación de creencias disfuncionales sobre la apariencia corporal y llevar al TDC. Además, sugieren que la exposición a modelos sociales (por ejemplo, la influencia de los medios de comunicación y las redes sociales) también puede contribuir a la formación de creencias disfuncionales y la aparición del TDC.

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TOC SEGÚN EL DSM-5 (APA, 2013)**

**Criterio A**. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

**Las obsesiones se definen por 1 y 2:**
1 Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2 El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por 1 y 2:
1 Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2 El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

**Nota**: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

**Criterio B.** Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**Criterio C.** Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TOC SEGÚN EL DSM-5 (APA, 2013)**

**Criterio D.** La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos de la conducta alimentaria; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos
o fantasías sexuales, como en los trastornos parafílicos; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista).

**Especificar si:**
☑ **Con introspección buena o aceptable:** El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas, o que pueden ser ciertas o no.
☑ **Con poca introspección:** El sujeto piensa que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente ciertas.
☑ **Con ausencia de introspección/con creencias delirantes:** El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

**Especificar si:**

☑ El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics.

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TDC SEGÚN EL DSM-5 (APA, 2013)**

**Criterio A.** Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.

**Criterio B.** En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.

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

**Criterio D.** La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno de la conducta alimentaria.

**Especificar si:**

☑ **Con dismorfia muscular:** Al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia.



CC BY NC ND

**Especificar si:**

Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., «Estoy feo/a» o «Estoy deforme»).
☑**Con introspección buena o aceptable**: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.
☑**Con poca introspección:** El sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.
☑**Con ausencia de introspección/con creencias delirantes:** El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas.

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ACUMULACIÓN SEGÚN EL DSM-5 (APA, 2013)**

**Criterio A.** Dificultad persistente de deshacerse o renunciar a las posesiones, Independientemente de su valor real.

**Criterio B.** Esta dificultad es debida a una necesidad percibida de guardar las cosas y al malestar que se siente cuando uno se deshace de ellas.

**Criterio C.** La dificultad de deshacerse de las posesiones da lugar a la acumulación de cosas que congestionan y abarrotan las zonas habitables y alteran en gran medida su uso previsto. Si las zonas habitables están despejadas, sólo es debido a la intervención de terceros (p. ej., miembros de la familia, personal de limpieza, autoridades).

**Criterio D.** La acumulación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (incluido el mantenimiento de un entorno seguro para uno mismo y para los demás).

**Criterio E.** La acumulación no se puede atribuir a otra afección médica (p. ej., lesión cerebral, enfermedad cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi).

**Criterio F.** La acumulación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, disminución de la energía en el trastorno de depresión mayor, delirios en la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, déficit cognitivo en el trastorno neurocognitivo mayor, disminución del interés en los trastornos del espectro autista).

**Especificar si:**

☑**Con adquisición excesiva:** Si la dificultad de deshacerse de las posesiones se acompaña de la adquisición excesiva de cosas que no se necesitan o para las que no se dispone de espacio.

**Especificar si:**

☑**Con introspección buena o aceptable:** El sujeto reconoce que las creencias y comportamientos relacionados con la acumulación (relacionados con la dificultad de deshacerse de las cosas, el abarrotamiento o la adquisición excesiva) son problemáticos.
☑**Con poca introspección:** El sujeto está convencido en su mayor parte de que las creencias y comportamientos relacionados con la acumulación (relacionados con la dificultad de deshacerse de las cosas, el abarrotamiento o la adquisición excesiva) no son problemáticos a pesar de la evidencia de lo contrario.
☑**Con ausencia de introspección/con creencias delirantes:** El sujeto está totalmente convencido de que las creencias y comportamientos relacionados con la acumulación (relacionados con la dificultad de deshacerse de las cosas, el abarrotamiento o la adquisición excesiva) no son problemáticos a pesar de la evidencia de lo contrario.

| CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE TRICOTILOMANÍA SEGÚN EL DSM-5 (APA, 2013) |
|---|
| **Criterio A.** Arrancarse el pelo de forma recurrente, lo que da lugar a su pérdida. |
| **Criterio B.** Intentos repetidos de disminuir o dejar de arrancar el pelo. |
| **Criterio C.** Arrancarse el pelo causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. |
| **Criterio D.** El hecho de arrancarse el pelo o la pérdida del mismo no se puede atribuir a otra afección médica (p. ej., una afección dermatológica). |
| **Criterio E.** El hecho de arrancarse el pelo no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal). |

| CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE EXCORIACIÓN SEGÚN EL DSM-5 (APA, 2013) |
|---|
| **Criterio A.** Dañarse la piel de forma recurrente hasta producirse lesiones cutáneas. |
| **Criterio B.** Intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse la piel. |
| |
| **Criterio C.** Rascarse la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. |
| **Criterio D.** El daño de la piel no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., sarna). |
| **Criterio E.** El hecho de rascarse la piel no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., delirios o alucinaciones táctiles en un trastorno psicótico, intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal, estereotipias como en el trastorno de movimientos estereotipados, o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida). |

## Capítulo 6. Vol. II Trastornos depresivos

1. Badcock et al. (2017) sugieren que los sentimientos de abatimiento o depresión pueden tener funciones adaptativas en algunas circunstancias. Por ejemplo, estas emociones pueden ayudar a una

persona a desacelerar y reflexionar sobre su situación actual, lo que puede conducir a un mayor autoconocimiento y un mejor ajuste a las circunstancias cambiantes. Además, la depresión también puede servir como una señal para otros de que una persona necesita ayuda y apoyo. Sin embargo, también es importante tener en cuenta que los sentimientos de abatimiento o depresión pueden ser patológicos en algunos casos y requerir tratamiento clínico. Por lo tanto, no se puede generalizar y afirmar que estas emociones siempre son adaptativas o siempre patológicas. En última instancia, depende del contexto y las circunstancias individuales.

2. Según Ruscio (2019), la depresión normal y patológica varían en un continuo de gravedad sin una clara división entre la normalidad y la patología. Ruscio argumenta que la distinción entre la depresión normal y patológica es artificial y que la depresión debe ser considerada como un continuo de síntomas que van desde leves a graves. Además, Ruscio señala que los criterios para el diagnóstico de la depresión clínica son subjetivos y varían entre los profesionales de la salud mental. En lugar de tratar de hacer una distinción artificial entre la depresión normal y patológica, Ruscio sugiere que se debería centrar en evaluar la gravedad de los síntomas y determinar la mejor forma de tratamiento en función de la situación individual. En resumen, la idea de Ruscio es que la depresión normal y patológica no son entidades claramente diferenciadas y que la distinción entre ellas es artificial. En cambio, la depresión debe ser vista como un continuo de síntomas que varían en gravedad y que requieren evaluación individualizada y tratamiento.
3. Según Arias et al. (2020), la tristeza es el foco fundamental del problema de la depresión clínica. La tristeza es una emoción negativa que se caracteriza por una sensación de vacío, desesperanza y pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban. La tristeza es una experiencia emocional universal que todos experimentamos en algún momento de la vida, pero en la depresión clínica, la tristeza es excesiva y persistente, y puede interferir con el funcionamiento normal del individuo. La dificultad para concentrarse y la falta de energía son síntomas comunes de la depresión clínica, pero no son el foco fundamental del problema. La tristeza es la emoción central que está presente en la mayoría de los casos de depresión clínica y puede manifestarse de diferentes formas, como sentimientos de desesperanza, desamparo y autodesprecio.
4. El concepto de "trastorno depresivo" y otras etiquetas diagnósticas pueden ser problemáticos porque se asume erróneamente que se trata de entidades latentes que dan lugar a los síntomas. En realidad, la depresión es una combinación variable de síntomas que no aparecen por azar, sino por una serie de mecanismos impulsados o derivados por el trastorno subyacente. Esta concepción médica ha impedido el avance conceptual de la psicopatología y el descubrimiento consistente de las causas psicológicas y biológicas de los trastornos.
5. El problema con la visión restrictiva de la "depresión" que se basa en los nueve criterios sintomáticos del TDM reside en que el uso de solo estos nueve síntomas conduce a una gran cantidad de combinaciones posibles de TDM, lo que hace que la visión de la «depresión» sea restrictiva, ya que ignora otros posibles síntomas relevantes. Además, la heterogeneidad de la depresión ocurre no solo en cuanto a los síntomas, sino también dentro de la misma persona y respecto al tiempo. El diagnóstico categorial del DSM es estático y no capta la interrelación posible entre los síntomas, lo que dificulta la captura de la interrelación compleja y dinámica de síntomas en el ámbito clínico y de la investigación.
6. En la teoría de redes, los síntomas más importantes se identifican a través de herramientas matemáticas y análisis de grafos. En esta teoría, los síntomas se ven como nodos en una red, y las conexiones entre los síntomas se ven como enlaces. Al aplicar herramientas matemáticas y análisis de grafos, se pueden identificar los síntomas más importantes en la red. Un ejemplo de herramienta

matemática utilizada en la teoría de redes es la centralidad de grado, que mide el número de enlaces que conectan un nodo con otros nodos de la red. Los nodos con una alta centralidad de grado son considerados como síntomas más importantes en la red. El análisis de grafos también permite identificar los síntomas que tienen mayor influencia sobre otros síntomas en la red, lo que se conoce como centralidad de intermediación. Esta medida identifica los síntomas que actúan como "puentes" en la red, conectando síntomas que de otra manera no estarían directamente conectados. En resumen, los síntomas más importantes en la teoría de redes se identifican a través de herramientas matemáticas y análisis de grafos, que permiten medir la importancia y la influencia de cada síntoma en la red.

7. Los cinco grandes núcleos del síndrome depresivo son los siguientes:
    a. Síntomas anímicos: se refieren a la tristeza, el desánimo, la desesperanza y la sensación de vacío emocional.
    b. Síntomas motivacionales y conductuales: incluyen la disminución de la motivación y el interés, la fatiga, la pérdida de la capacidad para disfrutar de actividades que antes eran placenteras, así como cambios en el apetito y el sueño.
    c. Síntomas cognitivos: se refieren a la disminución de la capacidad de concentración, la dificultad para tomar decisiones, la indecisión y la tendencia a la autocrítica y a la rumiación.
    d. Síntomas físicos: incluyen dolores y molestias corporales, falta de energía, alteraciones gastrointestinales, alteraciones menstruales, disfunción sexual, entre otros.
    e. Síntomas interpersonales: incluyen la dificultad para relacionarse con los demás, la tendencia al aislamiento social, los problemas de comunicación y los conflictos interpersonales.
    f. Estos núcleos se han identificado a través de la observación clínica y la investigación empírica, y son utilizados para diagnosticar la depresión y diseñar tratamientos específicos para cada uno de ellos. Cada persona que padece depresión puede presentar distintas combinaciones y grados de severidad de estos síntomas.
8. Es importante tener en cuenta la cognición fría en la depresión porque se refiere a problemas de rendimiento cognitivo que pueden estar presentes en personas con un bajo estado de ánimo, aunque no necesariamente cumplan con los criterios diagnósticos para un trastorno depresivo. La cognición fría se refiere a las dificultades que pueden tener las personas con depresión en tareas que implican la atención sostenida, la memoria de trabajo, la toma de decisiones y el procesamiento de información emocional. Los problemas de rendimiento cognitivo pueden tener un impacto significativo en la vida diaria de las personas con depresión, dificultando el trabajo, las relaciones sociales y la realización de tareas cotidianas. Además, estos problemas pueden afectar negativamente la eficacia de los tratamientos para la depresión, como la terapia cognitivo-conductual y la terapia farmacológica. Por lo tanto, es importante tener en cuenta la cognición fría en la evaluación y tratamiento de la depresión.
9. El neuroticismo es un rasgo de personalidad que se refiere a la tendencia de una persona a experimentar emociones negativas con mayor frecuencia e intensidad que la mayoría de las personas. Las personas con altos niveles de neuroticismo son más propensas a sufrir de trastornos del estado de ánimo, incluyendo la depresión. El neuroticismo también se asocia con una mayor reactividad al estrés, lo que puede ser un factor contribuyente en el desarrollo de la depresión.
10. El DALY (Disability-Adjusted Life Years) es una medida de impacto que combina la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y la pérdida de años de vida prematura (AVP) debida a una determinada enfermedad o condición de salud. Se utiliza para evaluar el impacto de la depresión y otras enfermedades en la salud de la población. El DALY mide la carga global de la enfermedad en

términos de años de vida ajustados por discapacidad, lo que significa que tiene en cuenta tanto la mortalidad como la morbilidad.

11. El DSM-5 menciona estas regiones cerebrales en relación con la depresión debido a su papel en la regulación del estado de ánimo y la emoción. La corteza prefrontal está involucrada en la toma de decisiones, la planificación y el control de impulsos, mientras que la amígdala y el hipocampo son importantes en la regulación de la respuesta y la memoria emocionales.
12. El Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (TDD) es una categoría diagnóstica incluida en el DSM-5 que se caracteriza por un patrón persistente de irritabilidad y arrebatos verbales y/o conductuales que son desproporcionados en intensidad o frecuencia en relación con la situación. El TDD se diagnostica en niños y adolescentes de entre 6 y 18 años y se considera una afección comórbida del Trastorno Depresivo Mayor y del Trastorno Bipolar. La principal característica distintiva del TDD es la presencia de episodios de arrebatos, que pueden incluir manifestaciones agresivas, explosiones de rabia, arrebatos verbales y/o físicos, con una frecuencia de tres o más veces por semana, durante un año o más.
13. La hipótesis de las monoaminas sugiere que la depresión y otros trastornos del estado de ánimo se deben a un desequilibrio en los niveles de los neurotransmisores monoaminas, como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina en el cerebro. Se cree que un déficit en estos neurotransmisores puede provocar una disfunción en las redes neuronales que regulan el estado de ánimo, el sueño, el apetito y otros procesos psicológicos y fisiológicos relacionados con la depresión. Esta hipótesis ha sido ampliamente estudiada y aunque hay críticas y algunas limitaciones en cuanto a la especificidad y suficiencia de esta hipótesis, sigue siendo una de las teorías más influyentes en la comprensión y tratamiento de la depresión.
14. Si bien la teoría de las monoaminas ha sido una de las teorías más influyentes en la comprensión de la depresión, no es un modelo aceptado universalmente, ya que también hay evidencia que sugiere la implicación de otros sistemas de neurotransmisores y procesos inflamatorios y neurodegenerativos en el desarrollo de la depresión. Además, hay otros factores que se han asociado con el riesgo de depresión, como el estrés, la genética y la historia de vida. En general, la depresión es un trastorno complejo que probablemente resulta de la interacción de múltiples factores y sistemas biológicos y psicológicos.
15. La teoría de Beck postula que los trastornos mentales, incluyendo la depresión, son el resultado de patrones distorsionados de pensamiento que influyen en la forma en que los individuos perciben y procesan la información. Estos patrones de pensamiento se denominan "esquemas cognitivos" y pueden ser específicos para diferentes trastornos mentales. Por lo tanto, la diferencia entre los trastornos radica en los contenidos específicos de los esquemas cognitivos que están relacionados con los síntomas característicos de cada trastorno.
16. La hipótesis de Beck y Perkins (2001) sostiene que los constructos cognitivos, es decir, los pensamientos y creencias que tienen las personas, son específicos para cada trastorno mental. En otras palabras, diferentes trastornos mentales se caracterizan por diferentes patrones de pensamiento y creencias. Por ejemplo, las personas con trastornos de ansiedad pueden tener pensamientos de preocupación excesiva, mientras que las personas con trastornos alimentarios pueden tener creencias distorsionadas sobre la imagen corporal. Esta hipótesis apoya la idea de que la terapia cognitivo-conductual debe ser adaptada y personalizada para cada trastorno mental.

| Características personales y familiares | Trastornos depresivos | Trastornos bipolares |
|---|---|---|
| **Historia de manía o hipomanía** | No | Sí |
| **Historia familiar** | Unipolar | Unipolar y bipolar |
| **Riesgo de trastornos anímicos en familiares** | Más bajo | Más alto |
| **Antecedentes de varias generaciones con trastornos anímicos** | Infrecuente | Frecuente |

***Características diferenciadoras de los trastornos depresivos y los trastornos bipolares (tomado de Vázquez y Sanz, 2008; Moreno et al, 2012)***

| Historia natural | Trastornos depresivos | Trastornos bipolares |
|---|---|---|
| **Número media de episodios vitales** | 4-5 | 8-9 |
| **Duración media del episodio depresivo (meses)** | 8 | 4 |
| **Existencia de síntomas atípicos (p, ej., hipersomnio, psicóticos, retardo psicomotor)** | Menos frecuentes | Más frecuentes |
| **Quejas somáticas, insomnio, pérdida de apetito o ansiedad** | Más frecuentes | Menos frecuentes |
| **Porcentaje de recaídas a lo largo de la vida** | 75% | 90% |
| **Cronicidad medio** | 10-15% | 25% |
| **Fracaso en relaciones de pareja** | Menos frecuentes | Más frecuentes |
| **Episodios depresivos en periparto** | Menos común | Más común |

| Historia natural | Trastornos depresivos | Trastornos bipolares |
|---|---|---|
| **Riesgo de suicidio durante la depresión** | Menor | Mayor |

***Características diferenciadoras de los trastornos depresivos y los trastornos bipolares (tomado de Vázquez y Sanz, 2008; Moreno et al, 2012)***

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de depresión mayor según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO A.** Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
***Nota:*** *No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.*
**1.-** Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación
por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). *(**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)*
**2.-**Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
**3.-**Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
**4.-**Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
**5.-**Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
**6.-**Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
**7.-**Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
**8.-**Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
**9.-**Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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

**CRITERIO C.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

**Nota:** Los Criterios A—C constituyen un episodio de depresión mayor.

| **Criterios para el diagnóstico del Trastorno de depresión mayor según el DSM-5 (APA, 2013)** |
|---|
| **Nota:** Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.' |

En los criterios de gravedad del DSM se combinan conceptos como la intensidad de los síntomas, su manejabilidad y su interferencia. Sin embargo, evaluar la gravedad, ya sea mediante estos criterios clínicos o mediante cuestionarios u otras medidas, es importante porque puede influir en las opciones de tratamiento disponibles.

| **Especificador** | **Especificadores de GRAVEDAD en el Trastorno de depresión mayor según el DSM-5 (APA, 2013)** |
|---|---|
| **Leve** | ☑ Se cumple el número mínimo de los síntomas diagnósticos o «pocos» más.<br>☑ Los síntomas causan malestar «manejable».<br>☑ Poco deterioro en el funcionamiento social u ocupacional. |
| **Moderada** | El número de síntomas, su intensidad y/o el deterioro funcional son intermedios entre las otras dos categorías. |
| **Grave** | ☑ Se «supera notablemente» el número mínimo de síntomas diagnósticos.<br>☑ Los síntomas causan gran malestar y no son «manejables»,<br>☑ Interferencia «notable» en el funcionamiento social u ocupacional. |

| **Especificador** | **Especificadores de CURSO en el Trastorno de depresión mayor según el DSM-5 (APA, 2013)** |
|---|---|
| **En remisión parcial** | Síntomas aún presentes del episodio de depresión mayor inmediatamente anterior, pero no se cumplen todos los criterios o hay un período todavía **inferior a dos mese**s sin ningún síntoma significativo de un episodio de depresión mayor. |
| **En remisión total** | Durante los **últimos dos meses** no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno. |



CC BY NC ND

Los especificadores son adjetivos adicionales que se añaden al diagnóstico y con excepción de los síntomas psicóticos, estos no implican categorías diagnósticas distintas en el DSM-5.

| **Especificador** | **ESPECIFICADORES QUE SE PUEDEN AÑADIR al diagnóstico de Trastorno de depresión mayor según el DSM-5 (APA, 2013)** |
|---|---|
| **Con ansiedad** | Presencia de síntomas de ansiedad la mayoría de los días (p. ej.. nerviosismo, inquietud, o preocupaciones invasivas), |
| **Con características mixtas.** | Presencia de síntomas maníacas/hipomaníacos observables por otros (p. ej, estado de ánimo elevado, grandiosidad, o fuga de ideas). |
| **Con melancolía** | Presencia necesaria de anhedonia o falta de reactividad a sucesos positivos junto con síntomas cognitivos (p. ej, culpa excesiva o sensación de vacío)<br>y físicos (p. ej, despertamiento temprano, anorexia o síntomas motores). |
| **Con características atípicas** | Pacientes que reaccionan ante sucesos positivos junto con otros síntomas poco frecuentes (p. ej, sensibilidad aumentada al rechazo interpersonal). |
| **Con síntomas psicóticos** | Alucinaciones y/o delirios, ya sean congruentes con el estado de animo (temas de ruina física, económica o moral) o no. |
| **Con catatonía** | Presencia de síntomas motores (p. ej, catalepsia, flexibilidad cérea, excitación, negativismo, mutismo, etc). |
| **Con inicio en periparto** | Inicio del episodio depresivo durante el embaraza o dentro de las cuatro semanas posteriores al parto, |



BY NC ND

| | |
|---|---|
| **Especificador** | **ESPECIFICADORES QUE SE PUEDEN AÑADIR al diagnóstico de Trastorno de depresión mayor según el DSM-5 (APA, 2013)** |
| **Con patrón estacional** | TDM recurrentes en los que parece haber un ciclo regular estacional. Suelen aparecer más en otoño/invierno y desaparecer en primavera y no están ligados a elementos externos (calendario escolar, trabajos estacionales, etc… ). |

| CURSO | CARACTERÍSTICA |
|---|---|
| **Respuesta al tratamiento** | ☑ Reducción de más de un 50% de la gravedad de síntomas respecto a la línea base. |
| **Remisión parcial** | ☑ Menos síntomas, pero aún presentes.<br>☑ Ya no se cumplen criterios diagnósticos.<br>☑ Han transcurrido menos de dos meses desde el último episodio. |
| **Remisión total** | ☑ Sin síntomas significativos durante al menos los dos meses últimos.<br>☑ No se cumplen criterios diagnósticos. |
| **Recuperación** | ☑ Remisión mantenida durante más de seis meses.<br>☑ Retorno a funcionamiento normal,<br>☑ No se cumplen criterios diagnósticos. |
| **Recaída** | ☑ Reaparición de sintomatología depresiva durante el período de remisión. |
| **Recurrencia** | ☑ Aparición de síntomas de un nuevo episodio. |
| **Cronicidad** | ☑ Criterios diagnósticos plenos mantenidos durante más de dos años seguidos. |

***Definiciones de curso (basado en Frank et al., 1991; Thase, 2003; APA, 2013; citados por Vázquez et al., 2006)***

| CARACTERÍSTICA | DUELO | TDM |
|---|---|---|
| **Estado anímico** | Sentimientos de pérdida o vacío | Tristeza o anhedonia persistentes |



CC BY NC ND

| CARACTERÍSTICA | DUELO | TDM |
|---|---|---|
| **Emociones positivas** | Conservadas | Menos presentes |
| **Baja autoestima** | Ausente | Presente |
| **Ideas suicidas** | Ausentes | Comunes |
| **Detirios de culpa, ruina o enfermedad** | Ausentes | Posibles |
| **Cambios psicomotores** | Posible agitación | Enlentecimiento o retardo |
| **Deterioro funcional** | Ligero | Marcado o grave |

***Características diferenciadoras de un episodio de duelo y un TDM***

| SÍNDROME CLÍNICO | INFORMACIÓN A TENER EN CUENTA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL |
|---|---|
| **Trastorno bipolar** | ☑Es necesario explorar si ha habido episodios previos de manía o hipomanía para poder descartar la existencia de bipolaridad. |
| **Trastornos de ansiedad y obsesivos** | ☑La ansiedad subjetiva o la inquietud es un síntoma emocional que suele coexistir con la depresión en un 70-80% de los casos.<br>☑La ansiedad suele comenzar en etapas más tempranas de la vida que la depresión.<br>☑En lo ansiedad no suele haber tanta anhedonia y falta de ganas de vivir como en la depresión, |
| **Reacciones normales de duelo** | ☑Considerar un trastorno depresivo si persiste la reacción depresiva dos meses después de la pérdida. |
| **Trastornos de adaptación con estado de ánimo deprimido** | ☑Diagnosticar si se considera evidente que está directamente causada por un estresor identificable (p. ej. ser despedido del trabajo) y su finalización está también asociada a la desaparición de ese mismo estresor.<br>☑Los trastornos adaptativos suelen infrodiagnesticarse cuando en realidad deberían tener un mayor papel diagnóstico. |
| **Trastornos del sueño (insomnios, narcolepsia, apneas nocturnas, etc.)** | ☑Aunque la fatiga diurna es un síntoma común, dos pacientes depresivos no suelen sentirse somnolientos durante el día y, si lo están, no padecen irresistibles ataques diurnos de sueño (narcolepsia). |
| **Trastornos esquizofrénicos (en especial, esquizoafectivos de tipo depresivo)** | ☑En las depresiones psicóticos, la presencia de síntomas delirantes y alucinatorios suelen ser de tipo congruente con el estado de ánimo (típicamente alrededor de temas de culpa, ruina o enfermedad).<br>☑Trastornos formales del pensamiento (neologismos, habla incoherente o desorganizada, etc) son menos frecuentes en las depresiones. |

| SÍNDROME CLÍNICO | INFORMACIÓN A TENER EN CUENTA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL |
|---|---|
| **Quejas somáticas vagas, hipocondría** | ☑Normalmente en la hipocondría la atención se centra en la propia preocupación somática cor un órgano y una enfermedad particular (crónica o mortal, con frecuencia) y es grande el recelo hacia la eficacia diagnóstica del clínico. |
| **Demencia y pseudodemencia** | ☑Ante la duda, demorar el diagnóstico y efectuar exploraciones adicionales (tests neurológicos, datos de laboratorio, scanners, etc.). |
| **Trastornos sexuales** | ☑La inhibición del deseo sexual es síntoma de la depresión. Si se acompaña de anergia, anhedonia, etc., es probable que se trate de un trastorno depresivo más que de un trastorno o sexual. |

***Síndromes clínicos que pueden confundirse con un diagnóstico de depresión*** (***Vázquez et al, 2006)***

| **Criterios para el diagnóstico del Trastorno de depresión persistente (trastorno distímico) según el DSM-5 (APA, 2013)** |
|---|
| **CRITERIO 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.<br>**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año. |
| **CRITERIO B.** Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:<br>☑Poco apetito o sobrealimentación.<br>☑Insomnio o hipersomnia.<br>☑Poca energía o fatiga.<br>☑Baja autoestima.<br>☑Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.<br>☑Sentimientos de desesperanza. |
| **CRITERIO 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. |
| **CRITERIO D.** Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años. |
| **CRITERIO E.** Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico. |
| **CRITERIO 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 |
| **CRITERIO 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). |
| **CRITERIO H.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. |

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de depresión persistente (trastorno distímico) según el DSM-5 (APA, 2013)**

**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.

**Especificar si:**
☑ Con ansiedad
☑ Con características mixtas
☑ Con características melancólicas
☑ Con características atípicas
☑ Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo
☑ Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo
☑ Con inicio en el periparto

**Especificar si:**
☑ **En remisión parcial**
☑ **En remisión total**

**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**
☑ **Moderado**
☑ **Grave**

## Capítulo 7. Vol. II Trastornos bipolares

1. El trastorno bipolar es una enfermedad mental que se caracteriza por episodios alternantes de manía o hipomanía y depresión. La manía es un estado de ánimo elevado, exaltación, hiperactividad, irritabilidad, impulsividad y comportamiento imprudente. La hipomanía es un estado menos intenso de manía. La depresión se caracteriza por un estado de ánimo bajo, pérdida de interés o placer en las

actividades, cansancio, problemas de sueño y apetito, y en casos graves, pensamientos suicidas. El trastorno bipolar puede afectar gravemente la vida diaria de una persona, incluyendo su capacidad para trabajar, estudiar y relacionarse con los demás. Es importante destacar que el tratamiento efectivo del trastorno bipolar puede ayudar a las personas a controlar sus síntomas y llevar una vida plena y satisfactoria.

2. La hipomanía es un estado de ánimo elevado que es menos intenso que la manía. Los síntomas de la hipomanía incluyen un estado de ánimo elevado o exaltado, hiperactividad, aumento de la energía y la actividad, disminución de la necesidad de dormir, aumento de la autoestima y autoconfianza, mayor sociabilidad, comportamiento impulsivo y aumento de la creatividad. La hipomanía es un síntoma característico del trastorno bipolar, pero también puede ocurrir como parte de otros trastornos del estado de ánimo, como el trastorno ciclotímico y la depresión unipolar. A diferencia de la manía, la hipomanía no causa un deterioro significativo en la capacidad de la persona para funcionar en su vida diaria y no suele requerir hospitalización. Es importante destacar que la hipomanía no es lo mismo que la euforia normal que todos experimentamos en ciertas ocasiones, como durante eventos felices o importantes de la vida. La hipomanía es un estado de ánimo persistente, que dura varios días y puede tener consecuencias negativas en la vida de la persona si no se trata adecuadamente.
3. La principal diferencia entre la depresión bipolar y la depresión unipolar es que en la depresión bipolar, los episodios depresivos se alternan con episodios maníacos o hipomaníacos, mientras que en la depresión unipolar, la persona experimenta solo episodios depresivos. En la depresión bipolar, los episodios depresivos se caracterizan por un estado de ánimo bajo, pérdida de interés o placer en las actividades, cansancio, problemas de sueño y apetito, y en casos graves, pensamientos suicidas. En contraste, los episodios maníacos o hipomaníacos se caracterizan por un estado de ánimo elevado, exaltación, hiperactividad, irritabilidad, impulsividad y comportamiento imprudente. La depresión unipolar, por otro lado, se caracteriza por episodios de tristeza, desesperanza y falta de interés en las actividades. Los síntomas de la depresión unipolar pueden ser menos graves que en la depresión bipolar, pero aún pueden tener un gran impacto en la vida de la persona.
4. El espectro bipolar propuesto por Akiskal y Pinto en 1999 se refiere a una forma de categorizar los trastornos bipolares que va más allá de los criterios diagnósticos establecidos en los manuales de clasificación. En lugar de simplemente clasificar a los pacientes en las categorías de trastorno bipolar tipo I y tipo II, se propone un enfoque más amplio que incluye nueve categorías diferentes de trastornos bipolares. Estas categorías incluyen a pacientes que no cumplen con los criterios diagnósticos establecidos para el trastorno bipolar pero que presentan síntomas similares. La idea detrás de este enfoque es que el espectro bipolar abarca una amplia gama de manifestaciones clínicas, lo que requiere un enfoque más individualizado para el diagnóstico y tratamiento.
5. La manía es uno de los síntomas principales del trastorno bipolar y se caracteriza por un estado de ánimo elevado, excesiva excitación, hiperactividad y aumento de la energía. Según Colina (2011), la manía se asocia con una sensación de euforia, alegría y optimismo exagerados, pero también puede incluir irritabilidad y agitación. En general, se considera que la manía se relaciona con una intensificación de los procesos psicológicos y conductuales normales, como la excitación, la activación y la motivación.
6. En estudios recientes, se ha encontrado una asociación significativa entre la presencia de anticuerpos contra Toxoplasma gondii en la madre durante el embarazo y el aumento del riesgo de trastornos del espectro bipolar (TB) en la descendencia. Según el estudio de De Barros et al. (2017), las mujeres embarazadas con anticuerpos de Toxoplasma gondii tenían un mayor riesgo de tener hijos con trastornos del espectro bipolar en comparación con las mujeres que no tenían anticuerpos. Aunque

aún no se conoce con certeza la relación causal entre la infección por Toxoplasma gondii y el TB, estos hallazgos sugieren que la infección puede ser un factor de riesgo importante a considerar en la prevención y tratamiento del TB.

7. Según la teoría psicoanalítica de Freud, en la fase maníaca los pacientes experimentan una liberación de la energía psíquica que se había utilizado previamente para mantener bajo control los impulsos y deseos internos. En esta fase, el superyó (la parte de la psique que representa las normas y valores morales internalizados) pierde parte de su control y los impulsos se dirigen hacia el mundo exterior. Es importante tener en cuenta que la teoría psicoanalítica de Freud ha sido criticada y no todos los profesionales de la salud mental la consideran relevante para comprender los trastornos bipolares. Sin embargo, el enfoque psicoanalítico puede proporcionar una comprensión más profunda de los procesos psicológicos implicados en el trastorno bipolar.
8. Kurt Lewin, uno de los precursores de la psicología social, propuso una teoría para explicar la manía en los trastornos bipolares, que se basa en la idea de que la manía surge como una defensa contra la depresión. Según Lewin, la depresión implica una disminución en la energía psíquica y un retraimiento del mundo exterior. La manía, en cambio, implica un aumento en la energía psíquica y una expansión hacia el mundo exterior. Lewin sugiere que la manía representa una interrupción defensiva de la depresión, en la que el individuo trata de contrarrestar la sensación de impotencia y de falta de control que experimenta durante la fase depresiva. En este sentido, la manía se convierte en una estrategia para recuperar el control sobre la realidad y para sentirse más activo y eficaz en el mundo exterior.
9. Según Aleksandrowicz, el caldo de cultivo para la aparición del trastorno bipolar es una personalidad caracterizada por la falta de autoestima y la excesiva sensibilidad al apoyo y amor de los demás. Esta personalidad es vulnerable a los cambios en el entorno y a las reacciones emocionales intensas. La experiencia de un rechazo o la falta de apoyo pueden desencadenar una respuesta de defensa extrema en forma de manía o depresión.
10. Según la teoría de Beck, en la fase maníaca del trastorno bipolar, los pacientes tienen una visión distorsionada y exageradamente optimista de sí mismos y del mundo que los rodea, lo que los hace percibir que no hay obstáculos en su camino y que pueden lograr cualquier cosa que se propongan sin dificultad. Esta visión optimista del mundo y de sí mismos es uno de los síntomas característicos de la manía y puede llevar a los pacientes a tomar decisiones imprudentes y peligrosas.
11. Según Beck, los pacientes maníacos tienden a tener actitudes exageradamente positivas hacia sí mismos y hacia el mundo, lo que les lleva a tomar decisiones impulsivas y poco realistas. Estas actitudes incluyen la grandiosidad, la falta de inhibiciones y la disminución de la necesidad de dormir, lo que puede llevar a comportamientos de riesgo. Además, el paciente maníaco tiende a minimizar o ignorar los aspectos negativos de las situaciones y a sobrevalorar su capacidad para manejarlas. Estas actitudes disfuncionales pueden ser un objetivo importante en la terapia cognitivo-conductual para el trastorno bipolar.

| CARACTERÍSTICAS | EPISODIO DEPRESIVO | EPISODIO MANÍACO |
|---|---|---|
| **Humor** | Triste | Eufórico |

| CARACTERÍSTICAS | EPISODIO DEPRESIVO | EPISODIO MANÍACO |
|---|---|---|
| **Respuesta afectiva** | Apatía | Labilidad |
| **Conciencia de enfermedad** | Casi siempre presente | Casi siempre ausente |
| **Actividad** | Reducida, enlentecida | Acelerada, inquieta |
| **Comportamiento** | Indeciso, menos iniciativa | Errático, excéntrico |
| **Concentración** | Con dificultad | Más distraible |
| **Memoria** | Perturbación subjetiva | Hipermnesia |
| **Curso del pensamiento** | Lento, repetitivo | Fuga de ideas, logorrea |
| **Lenguaje** | Enlentecido, monótono | Verborrea |
| **Contenido del pensamiento** | Pesimismo, sentimientos de minusvalía | Optimismo, megalomaniaco |
| **Sueño** | Insomnio/hipersomnia | Insomnio con hiperactividad |
| **Apetito** | Reducido (a veces aumentado) | Caótico |
| **Peso** | Pérdida o incremento | Variable |
| **Deseo sexual** | Reducido | Aumentado |
| **Variabilidad** | Mejoría vespertina | Sin patrón especial |

**Manifestaciones clínicas de los episodios depresivos y maníacos.** ***(Anderson, 1973).***

| CARACTERÍSTICAS | BIPOLARES | UNIPOLARES |
|---|---|---|
| **Historia de manía** o hipomanía | Si | No |
| **Edad de inicio** | Menor | Mayor |
| **Inicio en el post-parto** | Más frecuente | Menos frecuente |
| **Abuso de sustancias** | Más frecuente | Menos frecuente |
| **Número de episodios** | Mayor | Menor |
| **Duración de los episodios** | Menor | Mayor |
| **Suicidio** | Precoz | Tardío |
| **Síntomas psicóticos** | Más frecuente | Menos frecuente |
| **Síntomas atípicos** | Más frecuente | Menos frecuente |
| **Síntomas catatónicas** | Más frecuente | Menos frecuente |
| **Labilidad emocional** | Más frecuente | Menos frecuente |
| **Alteraciones del sueño** | Hipersomnia | insomnio |
| **Disminución de apetito/peso** | Menos frecuente | Más frecuente |

| CARACTERÍSTICAS | BIPOLARES | UNIPOLARES |
|---|---|---|
| **Retraso psicomotor** | Más frecuente | Menos frecuente |
| **Impulsividad** | Más frecuente | Menos frecuente |
| **Antecedentes familiares de manía** | Más frecuente | Menos frecuente |
| **Eficacia antidepresivo del litio** | Mayor | Menor |
| **Inducción de hipomanía por antidepresivos** | Más frecuente | Menos frecuente |
| **Eficacia profiláctica de los antidepresivos** | Menor | Mayor |

***Características diferenciales entre la depresión unipolar y bipolar (Dervic et al. (2015) y Vieta y Pérez (2019).***

| Factores de riesgo para la intencionalidad autolítica | Factores de riesgo para el suicidio consumado |
|---|---|
| ☑ **Sexo femenino.**<br>☑ **Edades extremos (muy joven o muy mayor).**<br>☑ **Pertenecer a una minoría (solo en jóvenes).**<br>☑ **Vivir en países de ingresos medios.**<br>☑ **Trastorno bipolar tipo I**<br>☑ **Estado civil: soltero o divorciado,**<br>☑ **Polaridad predominantemente depresiva,**<br>☑ **Padecer un primer episodio depresivo o mixto.**<br>☑ **Otras características de los episodios: mixtos, alta recurrencia o severidad, ciclación rápida, síntomas de ansiedad, síntomas atípicos o ideación suicida,**<br>☑ **Comorbilidades psiquiátricas (consumo de sustancias, cuadros de ansiedad, trastornos de la conducta alimentario, trastornos de personalidad),**<br>☑ **Consumo de café y tabaco.**<br>☑ **Obesidad y sobrepeso,**<br>☑ **Familiar de primer grado con trastorno afectivo o conducta suicida.**<br>☑ **Antecedentes de intentos de suicidio.**<br>☑ **Trauma infantil.**<br>☑ **Conflictos interpersonales, aislamiento, paro, pérdidas…**<br>☑ **Disfunción sexual.** | ☑ **Sexo masculino.**<br>☑ **Edad mayor.**<br>☑ **Padecer un primer episodio depresivo, mixto o maníaco con síntomas psicóticos.**<br>☑ **Otras características de los episodios (desesperanza o agitación psicomotriz).**<br>☑ **Comorbilidad con los trastornos de ansiedad.**<br>☑ **Familiar de primer grado con trastorno afectivo o conducta suicida,**<br>☑ **Antecedentes de intentos de suicidio.**<br>☑ **Conflictos interpersonales, aislamiento, paro, pérdidas…** |

***Factores de riesgo de la intencionalidad autolítica y el suicidio consumado en pacientes con trastorno bipolar (Carvalho et al 2020).***



CC BY NC ND

| Formas de evolución esperadas en TB | Factores pronósticos (en continua revisión, no es infrecuente encontrar resultados contradictorios entre los estudios) |
|---|---|
| ☑ 15% están estables, con escasa o nula sintomatología residual y buen nivel de funcionamiento.<br>☑ 45% aunque aparentemente no se encuentran muy sintomáticos, sí tienen muchos recados, la que dificulta su día a día.<br>☑ 30% no tienen tantas recaídas pero quedan con mucha sintomatología residual continua, por ejemplo dificultades cognitivas.<br>☑ 10% muy mal pronóstico, muy sintomáticos, numerosas recaídas y calidad de vida muy pobre, | **Buen pronóstico:**<br>☑Episodios maníacos breves,<br>☑Edad avanzada al inicio de la enfermedad.<br>☑Bajo índice de pensamientos suicidas.<br>☑Comorbilidad reducida.<br><br>**Mal pronóstico**:<br>☑Mala situación laboral antes del debut del trastorno (mal ajuste premórbido).<br>☑Dependencia al alcohol y otras sustancias.<br>☑ Síntomas depresivos inter-episódicos.<br>☑ Sexo masculino. |

***Curso y factores pronósticos en el trastorno bipolar***.

**Criterios para el diagnóstico de episodio maníaco según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO A**. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).

**CRITERIO B**. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:
☑Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
☑Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
☑Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
☑Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
☑Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
☑Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
☑Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

**CRITERIO C**. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.

**CRITERIO D**. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.
**Nota**: Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar I.

**Criterios para el diagnóstico de episodio maníaco según el DSM-5 (APA, 2013)**

**Nota:** Los Criterios A—D constituyen un episodio maníaco. Se necesita al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

| **TRASTORNO BIPOLAR I** | **Episodio maníaco actual o más reciente** | **Episodio hipomaníaco* actual o más reciente** | **Episodio depresivo actual o más reciente** | **Episodio no especificado actual o más reciente**** |
|---|---|---|---|---|
| **Leve** | 296.41 (F31.11) | **ND** | 296.51 (F31.31) | **ND** |
| **Moderado** | 296.42 (F31.12) | **ND** | 296.52 (F31.32) | **ND** |
| **Grave** | 296.43 (F31.13) | **ND** | 296.53 (F31.4) | **ND** |
| **Con características psicóticas*** ** | 296.44 (F31.2) | **ND** | 296.54 (F31.5) | **ND** |
| **En remisión parcial** | 296.45 (F31.73) | 296.45 (F31.71) | 296.55 (F31.75) | **ND** |
| **En remisión total** | 296.46 (F31.74) | 296.46 (F31.72) | 296.56 (F31.75) | **ND** |
| **No especificado** | 296.40 (F31.9) | 296.40 (F31.9) | 296.50 (F31.9) | **ND** |

***No se aplican la gravedad y los especificadores psicóticos; el código 296.40 (F31.0) se usa para casos sin remisión.***
****No se aplican la gravedad, los especificadores psicóticos ni los de remisión. Código 296.7 (F31.9).***
*****Si están presentes rasgos psicóticos, se codifica el especificador «con rasgos psicóticos» con independencia de la gravedad del episodio.***



CC BY NC ND

**Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar I según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO A**. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio maníaco (Criterios A-D en «Episodio maníaco» antes citados).

**CRITERIO B**. La aparición del episodio(s) maníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

**Especificar:**
- ☑ Con ansiedad
- ☑ Con características mixtas
- ☑ Con ciclos rápidos
- ☑ Con características melancólicas
- ☑ Con características atípicas
- ☑ Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo
- ☑ Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo
- ☑ Con catatonía
- ☑ Con inicio en el periparto
- ☑ Con patrón estacional

**Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar II según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO A**. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio hipomaníaco (Criterios A-F en «Episodio hipomaníaco» antes citado) y al menos para un episodio de depresión mayor (Criterios A-C en «Episodio de depresión mayor» antes citado).

**CRITERIO B**. Nunca ha habido un episodio maníaco.

**CRITERIO C**. La aparición del episodio(s) hipomaníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

**CRITERIO D.** Los síntomas de depresión o la incertidumbre causada por la alternancia frecuente de períodos de depresión e hipomanía provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar II según el DSM-5 (APA, 2013)**

**Especificar el episodio actual o más reciente:**
☑ Hipomaníaco
☑ Depresivo

**Especificar sí:**
☑ Con ansiedad
☑ Con características mixtas

**Criterios para el diagnóstico de Ciclotimia según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO A.** Durante dos años como mínimo (al menos un año en niños y adolescentes) han existido numerosos períodos con síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaníaco, y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor.

**CRITERIO B.** Durante el período de dos años citado anteriormente (un año en niños y adolescentes), los períodos hipomaníacos y depresivos han estado presentes al menos la mitad del tiempo y el individuo no ha presentado síntomas durante más de dos meses seguidos.

**CRITERIO C.** Nunca se han cumplido los criterios para un episodio de depresión mayor, maníaco o hipomaníaco**.**

**CRITERIO D.** Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados**.**

**CRITERIO E.** 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., hipertiroidismo).

**Especificar sí:**
☑ **Con ansiedad**

Considerando la enfermedad bipolar como un espectro que incluye casos que no cumplen los criterios diagnósticos establecidos en los manuales de clasificación, Akiskal y Pinto (1999) han propuesto nueve categorías diferentes de trastorno bipolar.

| Modalidad Bipolar | Características clínicas |
|---|---|
| **Bipolar ¼** | Episodios depresivos con rápida respuesta a antidepresivos. |
| **Bipolar ½** | Equivalente a esquizoafectivo tipo bipolar: síntomas positivos de psicosis con episodios maníacos, hipomaníacos y depresivos. |
| **Bipolar tipo I ½** | Episodios hipomaníacos sin episodios depresivos. |
| **Bipolar tipo II ½** | Episodios depresivos con temperamento ciclotímico. |
| **Bipolar tipo III** | Episodios depresivos con hipomanía inducida por antidepresivos. |
| **Bipolar tipo III ½** | Episodios depresivos con hipomanía inducida por consumo de tóxicos. |
| **Bipolar tipo IV** | Episodios depresivos con temperamento hipertímico, |
| **Bipolar tipo V** | Depresión con hipomanía mixta. |
| **Bipolar tipo VI** | Bipolaridad en el contexto de una demencia. |

***Espectro bipolar (Akiskal et al, 1999)***

## Capítulo 9. Vol. II Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados

1. Mayou et al. (2005) señalan que el término "trastornos somatoformes" puede ser inaceptable para los pacientes porque puede llevar a la negación del sufrimiento y realidad de los síntomas. El término sugiere que los síntomas son de origen psicológico y pueden ser interpretados como si el paciente estuviera imaginando o exagerando sus síntomas. Esto puede provocar que los pacientes se sientan

incomprendidos o invalidados en su experiencia y sufrimiento. En cambio, Mayou et al. proponen el término "síntomas somáticos funcionales" como una alternativa más aceptable para los pacientes.

2. Según Mayou et al. (2005), la idea de que los síntomas somáticos puedan dividirse en síntomas que reflejan enfermedad y otros que tienen origen psicógeno es cuestionable debido a que muchos síntomas físicos y psicológicos están interrelacionados y pueden influenciarse mutuamente. Además, algunos síntomas que se consideran físicos pueden ser el resultado de factores psicológicos, como el estrés o la ansiedad. Por lo tanto, la división entre síntomas físicos y psicológicos puede ser problemática e insuficiente para entender la complejidad de la salud y la enfermedad.
3. Según Mayou et al. (2005), la categoría de trastornos somatoformes puede ser causa potencial de error diagnóstico porque existe un solapamiento con muchos otros trastornos mentales que también se definen en parte por síntomas físicos, como la ansiedad y la depresión. Esto puede hacer que sea difícil diferenciar entre ellos y, por lo tanto, puede haber diagnósticos erróneos o malinterpretaciones de los síntomas del paciente.
4. Mayou et al. (2005) argumentan que la categoría de trastornos somatoformes es incompatible con algunas culturas no occidentales, como la China, donde la comprensión de la enfermedad y la salud se basa en una concepción más integral del cuerpo y la mente. La adaptación china del DSM, por lo tanto, excluye esta categoría de trastornos.
5. Según Mayou et al. (2005), la ambigüedad de la categoría de trastornos somatoformes puede causar problemas y disputas en medicina legal y con las entidades de seguros, ya que puede haber confusión en cuanto al diagnóstico y tratamiento, y puede haber discrepancias en la evaluación de la discapacidad y el tratamiento adecuado. Además, puede haber diferencias en la cobertura de seguros para estos trastornos.
6. La somatización según la definición propuesta por Lipowski en 1988 para eliminar las connotaciones etiológicas del término somatización. Se refiere a la tendencia de las personas a expresar su malestar psicológico en forma de síntomas físicos que interpretan erróneamente como signo de una enfermedad física grave, lo que los lleva a buscar atención médica para tratar estos síntomas.
7. La conducta de enfermedad se refiere a la forma en que una persona percibe, evalúa y representa sus síntomas y sensaciones corporales en el contexto de su experiencia de enfermedad. Esta percepción puede variar considerablemente entre individuos y está influenciada por factores como la cultura, la educación, las creencias personales, las expectativas y la experiencia previa con enfermedades. Mechanic y Volkart (1961) definieron la conducta de enfermedad como "el conjunto de respuestas que una persona da a la percepción de estar enfermo, incluyendo la búsqueda de ayuda médica, la adhesión al tratamiento y los comportamientos asociados con el papel de paciente".
8. La diferencia entre las definiciones de somatización de Lipowski y Stekel radica en el enfoque conceptual de cada autor. La definición de Stekel se refiere al proceso hipotético mediante el cual una neurosis profundamente arraigada podría causar un trastorno corporal, y se basa en la idea de que los conflictos psicológicos subyacentes pueden manifestarse a través de síntomas somáticos. Por otro lado, la definición de Lipowski se centra en una tendencia a experimentar y expresar malestar psicológico en forma de síntomas somáticos que la persona interpreta erróneamente como signo de una enfermedad física grave. Lipowski no hace referencia explícita a mecanismos de defensa inconscientes, como lo hace Stekel. En resumen, mientras que la definición de Stekel se centra en la etiología del fenómeno de la somatización, la definición de Lipowski se centra en la descripción de los síntomas y la forma en que son experimentados por la persona.
9. La amplificación somatosensorial es una tendencia a experimentar las sensaciones somáticas como intensas, nocivas y perturbadoras, y es común en los trastornos somatoformes y otros trastornos

psicológicos. Las personas con amplificación somatosensorial pueden prestar mucha atención a sus sensaciones corporales y ser especialmente sensibles a los cambios físicos normales. Esto puede llevar a una preocupación excesiva por la salud y la búsqueda frecuente de atención médica. Además, las personas con amplificación somatosensorial pueden ser más sensibles al dolor y otros síntomas físicos, lo que puede afectar su capacidad para funcionar en su vida cotidiana.

10. La sensibilidad a la ansiedad se refiere a una tendencia a sentir miedo o ansiedad ante las sensaciones corporales que se asocian con la activación fisiológica del cuerpo, como palpitaciones, sudoración, sensación de falta de aire, entre otras. Las personas con alta sensibilidad a la ansiedad pueden interpretar estas sensaciones como una amenaza inminente y sentirse abrumadas por el miedo y la preocupación, lo que puede llevar a una respuesta de evitación o a la búsqueda de ayuda médica innecesaria. Esta sensibilidad es un factor importante en la aparición y mantenimiento de trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico.
11. La intolerancia a la incertidumbre es un rasgo de personalidad que se refiere a la dificultad para tolerar la falta de certeza o información clara sobre una situación, lo que puede generar malestar emocional y afectar el funcionamiento cotidiano. Esta dificultad para manejar la incertidumbre puede estar presente en diferentes trastornos psicológicos, como la ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo.
12. La alexitimia es un constructo que se refiere a la dificultad para identificar y expresar emociones, tanto propias como ajenas. Las personas con alexitimia pueden tener dificultad para describir sus emociones o para distinguir entre distintas emociones, y pueden parecer frías o distantes a los demás. También pueden tener dificultad para comprender las emociones de los demás y para responder de manera apropiada a ellas. La alexitimia se ha asociado con diversos trastornos psicológicos, como trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos alimentarios.
13. Las cifras de prevalencia de trastornos psicológicos o psiquiátricos pueden variar dependiendo del contexto en el que se lleve a cabo el estudio. Por ejemplo, mientras que en el trabajo de Escobar et al. (1998) el 20% de los pacientes de atención primaria con trastorno de somatización cumplía los criterios para hipocondría, en el estudio de López-Santiago (2011) la prevalencia fue del 7,27% entre pacientes atendidos en un centro de salud mental. Es importante tener en cuenta que diversos factores, como la población estudiada, el lugar de investigación, la metodología utilizada y los criterios de diagnóstico, pueden influir en los resultados obtenidos. Por lo tanto, es fundamental analizar los resultados de cada estudio en su contexto correspondiente antes de hacer generalizaciones.
14. Desde el enfoque psicodinámico, la somatización se considera un mecanismo de defensa inconsciente mediante el cual los conflictos emocionales no resueltos se expresan en forma de síntomas físicos. La somatización se ve como una forma de evitar la angustia emocional al convertir los conflictos psicológicos en síntomas físicos, lo que permite al individuo continuar funcionando, aunque sea a un nivel limitado. El enfoque psicodinámico sugiere que los síntomas somáticos pueden ser la manifestación de conflictos subyacentes, como la ansiedad, la depresión o la ira, y que la somatización puede ser el resultado de un conflicto no resuelto en el pasado que ha sido reprimido y se ha convertido en síntomas físicos.
15. Según Deary et al. (2007), los principales factores predisponentes para el desarrollo de los síntomas somáticos incluyen la historia de enfermedades paternas y el rasgo de personalidad neuroticismo. El neuroticismo es un rasgo de personalidad caracterizado por la tendencia a experimentar emociones negativas como ansiedad, depresión, culpa, vergüenza y enojo. Las personas que presentan este rasgo de personalidad son más propensas a informar síntomas somáticos debido a su tendencia a experimentar y expresar sus emociones de forma somática. La historia de enfermedades paternas

también se ha asociado con un mayor riesgo de síntomas somáticos, posiblemente debido a la influencia de los factores genéticos y ambientales transmitidos de padres a hijos.

16. Deary et al. (2007) propusieron un modelo de mantenimiento de los síntomas somáticos que incluye cuatro categorías de factores perpetuadores: cognitivos, conductuales, fisiológicos y sociales. Los factores cognitivos se refieren a las creencias y expectativas disfuncionales relacionadas con la salud, la enfermedad y los síntomas somáticos, como la catastrofización, la hipocondría o la preocupación excesiva por la salud. Los factores conductuales se relacionan con la evitación de actividades o situaciones que se perciben como amenazantes o que pueden provocar síntomas, lo que puede llevar a la disminución de la actividad física, la discapacidad funcional y el aislamiento social. Los factores fisiológicos incluyen las respuestas autonómicas exageradas a estímulos internos o externos, como la hipervigilancia, la hipersensibilidad y la disfunción autonómica. Finalmente, los factores sociales se refieren a la influencia de factores ambientales, como el apoyo social, la estigmatización, la invalidación o el estrés psicosocial, en la perpetuación de los síntomas somáticos.
17. Rief y Barsky (2005) propusieron un modelo de "somatización intencional", que destaca el papel de los incentivos sociales y culturales en la manifestación de los síntomas somáticos. Este modelo enfatiza que los trastornos somatoformes pueden ser considerados como trastornos en la percepción de las señales corporales. Según este modelo, los síntomas somáticos son el resultado de dos fenómenos principales: en primer lugar, un aumento de las señales corporales debido a numerosos factores, en su mayoría biológicos, como la experiencia frecuente de malestar, la falta de condición física o una estimulación crónica del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. En segundo lugar, similar a la teoría de la puerta-control en la investigación del dolor, se sugiere la existencia de un sistema de filtro deficiente que puede amplificar las señales corporales, en lugar de inhibirlas o seleccionarlas de manera eficaz como ocurre en personas sanas. Esto conduce a una mayor percepción consciente de las reacciones corporales y de los síntomas.
18. Kube y otros investigadores (2020) han propuesto un modelo explicativo que combina teorías cognitivas y avances en neurociencia para entender la somatización. El modelo sugiere que el cerebro no procesa pasivamente las señales sensoriales entrantes, sino que genera activamente predicciones sobre la entrada sensorial esperada. Los datos sensoriales reales se combinan con predicciones previas, y cualquier desviación de la observación actual en comparación con la anterior proporciona retroalimentación correctiva para actualizar las predicciones. En este sentido, el cerebro funciona como una "máquina de predicción" que trata de dar sentido al mundo mediante la generación de hipótesis que se prueban permanentemente. Según este modelo, los síntomas somáticos son percepciones conscientes que resultan de un proceso constructivo, en el que el cerebro interpreta la información del cuerpo a la luz de las predicciones.
19. Salkovskis y Warwick propusieron el concepto de "ansiedad por la salud" para describir un continuo de preocupaciones por la salud que incluye desde la preocupación normal hasta la hipocondría. La ansiedad por la salud se refiere a una preocupación excesiva y persistente por la salud, en la que la persona está excesivamente preocupada por la posibilidad de tener o desarrollar una enfermedad grave, a pesar de la falta de pruebas médicas que lo justifiquen. Esta preocupación puede tener un impacto significativo en la vida diaria de la persona, incluyendo su capacidad para realizar actividades cotidianas y su calidad de vida en general.
20. La ansiedad por la salud se refiere a una preocupación excesiva e inapropiada sobre la salud, el cuerpo y la posibilidad de tener una enfermedad grave, a pesar de la ausencia de síntomas o de pruebas médicas que confirmen una enfermedad. Las personas con ansiedad por la salud pueden experimentar síntomas somáticos, realizar búsquedas constantes de información médica, solicitar repetidamente

pruebas y consultas médicas, y evitar actividades o situaciones que perciben como un riesgo para su salud. Es importante destacar que la ansiedad por la salud no se debe confundir con la hipocondría, ya que esta última implica una creencia persistente y errónea de tener una enfermedad grave a pesar de la evidencia médica en contrario.

21. La hipocondría se caracteriza por una preocupación excesiva e infundada por la salud, lo que puede generar una gran ansiedad y afectar significativamente la calidad de vida de la persona. Además de la preocupación por padecer una enfermedad, la hipocondría puede estar acompañada por otros síntomas como la depresión, la ansiedad, el bajo estado de ánimo, la baja autoestima, la fatiga, la disminución del apetito y el insomnio.
22. Según Kellner, los factores que actúan como predisponentes para el desarrollo de la hipocondría son las variables constitucionales y las experiencias tempranas. Las variables constitucionales incluyen la ansiedad, la depresión, la neuroticismo y la tendencia a experimentar síntomas físicos. Estas características pueden aumentar la vulnerabilidad de una persona a desarrollar hipocondría. Por otro lado, las experiencias tempranas pueden incluir la presencia de enfermedades graves en la familia, la exposición a enfermedades o lesiones graves durante la infancia o la adolescencia, o la pérdida de un ser querido debido a una enfermedad grave. Estas experiencias pueden aumentar la preocupación de una persona sobre su propia salud y pueden llevar a la hipocondría. En resumen, la hipocondría es el resultado de una combinación de factores predisponentes, incluyendo tanto las variables constitucionales como las experiencias tempranas.
23. En la hipocondría, las personas interpretan de manera exagerada e incorrecta las sensaciones corporales normales, creyendo que son síntomas de enfermedades graves. Esta interpretación errónea provoca una mayor atención y focalización en el cuerpo, lo que lleva a un hábito sobreaprendido de prestar atención excesiva a las sensaciones corporales. La persona se vuelve hipervigilante y constantemente busca señales de enfermedad, lo que puede aumentar aún más la ansiedad y preocupación.
24. Salkovskis y Warwick (2001) explican la hipocondría como un trastorno de ansiedad. Según su modelo, la hipocondría es el resultado de la interacción entre la interpretación catastrófica de los síntomas corporales y la preocupación excesiva por la salud. La persona con hipocondría tiende a interpretar los síntomas corporales de manera negativa, como signos de una enfermedad grave, y a preocuparse excesivamente por su salud, lo que lleva a un aumento en la ansiedad y a una mayor atención a los síntomas. Esta interpretación y atención excesiva pueden reforzar la creencia errónea de que algo está mal en el cuerpo de la persona y mantener el ciclo de ansiedad y atención.
25. Según Salkovskis y Warwick (2001), el factor cognitivo más importante para la percepción de peligro en la hipocondría es la excesiva preocupación y percepción de la probabilidad de desarrollar o padecer una enfermedad grave, lo que lleva a una interpretación catastrófica de los síntomas corporales normales. A diferencia de las personas sin hipocondría, quienes pueden ignorar o minimizar estos síntomas, las personas con hipocondría los interpretan como señales de una enfermedad grave, lo que aumenta su ansiedad y la atención hacia su cuerpo.
26. Salkovskis y Warwick (2001) proponen una formulación cognitivo-conductual para la hipocondría, en la que se enfatiza la importancia de los pensamientos y creencias erróneos sobre la salud y el cuerpo, así como la evitación y la búsqueda excesiva de información médica como factores mantenedores de la conducta hipocondríaca. La terapia cognitivo-conductual es una de las intervenciones más eficaces para el tratamiento de la hipocondría, ya que se centra en la modificación de los patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales relacionados con la salud y el cuerpo.

27. Según la formulación propuesta por Salkovskis y Warwick (2001), el factor cognitivo más importante en la hipocondría es la percepción de la probabilidad de padecer o desarrollar una enfermedad grave. Los individuos hipocondríacos tienden a interpretar de forma exagerada los síntomas corporales como señales de una posible enfermedad grave, lo que aumenta su ansiedad y temor. Además, suelen tener una tendencia a centrar su atención en las sensaciones corporales y a buscar información médica que confirme sus creencias sobre su salud, lo que refuerza su percepción de peligro y puede aumentar su preocupación y miedo. La habilidad para hacer frente a la enfermedad también es un factor importante en la formulación propuesta, pero se considera secundario en relación con la percepción de la probabilidad.
28. El modelo cognitivo-evolutivo de P. Williams (2004) propone una integración de enfoques cognitivo-conductuales con datos y sugerencias de investigaciones sobre la personalidad y variables sociales, con la intención de ofrecer una visión más completa y detallada de la hipocondría. Williams plantea que la hipocondría es una respuesta exagerada y desadaptativa a señales de peligro percibidas en el ambiente y en el cuerpo, que se han convertido en un hábito aprendido y perpetuado por factores cognitivos y emocionales. El modelo también enfatiza la importancia de factores evolutivos y adaptativos en la comprensión de la hipocondría, y sugiere que las respuestas exageradas a señales de peligro pueden haber sido ventajosas en el pasado evolutivo del ser humano, pero han llegado a ser disfuncionales en la sociedad moderna.
29. La estrategia mental que se menciona como paradójica en el modelo metacognitivo es la supresión intencional de pensamientos. En lugar de reducir la frecuencia y la intensidad de los pensamientos negativos, la supresión activa de pensamientos se ha asociado con un aumento de la intrusión de los pensamientos no deseados. La idea es que la supresión de pensamientos es un proceso metacognitivo que puede aumentar la atención y la preocupación por los pensamientos, lo que resulta en un aumento de la ansiedad. En el modelo metacognitivo, se fomenta la aceptación de los pensamientos negativos y la reducción de la preocupación y la rumiación sobre ellos a través de la exposición y la reevaluación cognitiva.
30. La ansiedad por la salud según el modelo metacognitivo se debe a un proceso de pensamiento repetitivo y disfuncional sobre la enfermedad, que incluye preocupaciones excesivas, rumiaciones, búsquedas de información sobre síntomas y enfermedades, y estrategias de afrontamiento inadecuadas, como la supresión de pensamientos o la búsqueda de reaseguro. Este proceso de pensamiento disfuncional aumenta la atención y la importancia que se le da a los síntomas y las sensaciones corporales, lo que a su vez refuerza y mantiene la ansiedad por la salud. El modelo metacognitivo propone estrategias de tratamiento centradas en el cambio de los procesos de pensamiento disfuncionales, en lugar de tratar directamente los síntomas físicos.
31. La revisión de Roelofs y Pasman (2017) examinó varios estudios sobre la relación entre eventos traumáticos y pacientes conversivos y encontró que los pacientes con trastorno de conversión tienen una mayor prevalencia de eventos traumáticos, especialmente abuso sexual y físico, en comparación con la población general y los pacientes con enfermedades orgánicas. Esto sugiere que los eventos traumáticos pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de conversión.
32. El trastorno facticio se caracteriza por la producción intencional de síntomas físicos o psicológicos de una enfermedad con el objetivo de asumir el rol de enfermo y buscar atención médica. Los pacientes con este trastorno pueden fabricar enfermedades de diversas formas, como manipular pruebas de laboratorio, falsificar registros médicos, administrar sustancias para producir resultados anómalos o lesionarse intencionalmente. La variedad de métodos disponibles para estos pacientes depende de su nivel de dedicación, imaginación y conocimientos médicos, así como de la naturaleza del problema

médico que pretenden falsificar. A menudo, estos pacientes poseen amplios conocimientos médicos y pueden proporcionar explicaciones plausibles sobre sus síntomas de enfermedad. La falsificación de los síntomas puede llegar a ser tan convincente y persistente que los pacientes se someten a numerosos diagnósticos y procedimientos quirúrgicos en diferentes hospitales y clínicas, a pesar de que los resultados son siempre negativos. Si una persona induce síntomas de una enfermedad en otra persona, el trastorno se conoce como trastorno facticio aplicado a otro.

33. Los signos o síntomas físicos o psicológicos de la enfermedad se producen intencionadamente para asumir el rol de enfermo. Esta es la principal diferencia entre los trastornos facticios y otros trastornos de síntomas somáticos, ya que en los trastornos facticios, los síntomas son deliberadamente creados o exagerados por el paciente para asumir el rol de enfermo, mientras que en otros trastornos de síntomas somáticos, los síntomas no son intencionales y pueden tener causas físicas, psicológicas o ambas. Además, en los trastornos facticios, la producción de síntomas no está asociada a ningún incentivo externo, sino más bien a la búsqueda de atención médica como parte de la asunción del rol de enfermo.
34. Los pacientes con trastorno facticio pueden fabricar enfermedades manipulando pruebas de laboratorio o falsificando registros médicos, y también pueden inducir síntomas mediante el uso de sustancias o manipulando sus cuerpos (por ejemplo, al herirse a sí mismos). En general, los pacientes con trastorno facticio pueden llevar a cabo una amplia gama de comportamientos destinados a engañar a los médicos y otros profesionales de la salud para que crean que tienen una enfermedad o afección médica, aunque no la tengan. Es importante tener en cuenta que el trastorno facticio es un trastorno mental y que estos comportamientos no son un intento deliberado de engañar o manipular a otras personas, sino una forma de lidiar con el estrés y la ansiedad que experimentan los pacientes con este trastorno.
35. El trastorno facticio a menudo coexiste con otros trastornos mentales, especialmente el trastorno de somatización, los trastornos de personalidad y los trastornos depresivos. Las personas con trastorno facticio a menudo tienen dificultades para manejar el estrés, y pueden utilizar la simulación de enfermedades como una forma de afrontamiento disfuncional. También pueden tener trastornos de personalidad, como el trastorno límite de la personalidad, que se caracteriza por la impulsividad y la inestabilidad emocional. Sin embargo, no hay evidencia clara que sugiera una relación entre el trastorno facticio y el trastorno bipolar o el trastorno obsesivo-compulsivo.
36. El modelo de "automejora" es una teoría que propone que los pacientes con trastorno facticio utilizan la enfermedad como una forma de mejorar su autoimagen y obtener una sensación de competencia y control en sus vidas. Según este modelo, la adopción del rol de enfermo puede ser una forma de compensar un autoconcepto insatisfactorio o reforzar la autoestima. Este modelo fue propuesto por Hamilton y Janata en 1997 y se basa en la idea de que la identidad personal y la autoestima pueden ser influenciadas por el papel social que se adopta. En el caso del trastorno facticio, el papel de enfermo puede proporcionar una sensación de competencia y control que puede no estar presente en otras áreas de la vida del paciente.
37. El enfoque de diátesis-estrés sostiene que los trastornos mentales son el resultado de una combinación de factores genéticos y ambientales, donde una diátesis o vulnerabilidad genética interactúa con factores de estrés ambientales para producir el trastorno. En el caso del trastorno facticio, los factores de estrés ambientales pueden incluir experiencias tempranas traumáticas, como abuso físico, sexual o emocional. La diátesis puede ser una predisposición a adoptar el rol de enfermo para obtener atención y simpatía. Sin embargo, cabe destacar que la investigación sobre la etiología del trastorno facticio es limitada y se requiere más investigación para comprender mejor sus causas.

**Críticas a la categoría de trastornos somatoformes del DSM-III (Mayou et al., 2005)**

☑**El término es inaceptable para los pacientes.** Remite al antiguo uso del término somatización y puede llevar la negación del sufrimiento y realidad de los síntomas.
☑**La categoría es inherentemente dualista.** Es cuestionable la idea de que los síntomas somáticos pueden dividirse en síntomas que reflejan enfermedad y otros que tienen origen
psicógeno.
☑**No forman una categoría coherente.** El solapamiento con muchos otros trastornos mentales, definidos en parte por síntomas físicos (como ansiedad y depresión), es una causa potencial de error diagnóstico.
☑**Es incompatible con culturas no occidentales.** Por ejemplo, la adaptación China del DSM excluye estos trastornos.
☑**Es ambiguo en los criterios de exclusión con otros trastornos.** Un paciente puede ser clasificado por el mismo problema tanto en el Eje I (p. ej, como trastorno somatoforme indiferenciado) como en el Eje III (p. ej, como colon irritable).
☑**Muchas de las subcategorías no poseen fiabilidad.**
☑**Carece de clara definición del umbral de cuándo debe ser diagnosticado un trastorno somatoforme.**
☑**La ambigüedad de la categoría ocasiona problemas y disputas.** Causa confusión y disputas en medicina legal y con las entidades de seguros.

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de síntomas somáticos según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO A.** Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.

**CRITERIO B.** Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por **una o más** de las características siguientes:
☑Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.
☑Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
☑Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.

**CRITERIO C.** Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).

**Especificar si:**
**Con predominio de dolor** (antes trastorno doloroso): este especificador se aplica a individuos cuyos síntomas somáticos implican sobre todo dolor

**Especificar si:**
**Persistente:** Un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada **(más de seis meses**).

**Especificar la gravedad actual:**
☑**Leve:** Sólo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.
☑**Moderado:** Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B.
☑**Grave:** Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B y además existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy intenso).

| **Variables asociadas a pacientes somatizadores:** | **Perfil del paciente con trastorno somatomorfo:** |
|---|---|
| ➖ Número de síntomas somáticos no asociados a una enfermedad somática diagnosticada.<br>➖ Vivencia de los síntomas como incapacitantes.<br>➖ Elevado grado de sintomatología depresiva.<br>➖ Tendencia a interpretar los síntomas como debidos a una enfermedad orgánica no diagnosticada.<br>➖ Elevada amplificación somatosensorial.<br>➖ No suelen hacer atribuciones psicológicas, sino somáticas.<br>➖ Tendencia a presentar alexitimia, en especial respecto a la dificultad para la discriminación de las señales emocionales. | ➖ Mayor número de síntomas somáticos no asociados a una enfermedad somática diagnosticada.<br>➖ Síntomas predominantes de dolor, gastrointestinales, sexuales/urogenitales y pseudo-neurológicos.<br>➖ Vivencia de los síntomas como incapacitantes, con deterioro en varias áreas del funcionamiento psicosocial de la persona, especialmente en el ámbito laboral.<br>➖ Elevado grado de sintomatología depresiva.<br>➖ Tendencia a interpretar los síntomas como debidos a una enfermedad orgánica no diagnosticada, con elevada insatisfacción con la atención médica.<br>➖ Elevada amplificación somatosensorial, similar a personas con diagnóstico de hipocondría.<br>➖ No suelen hacer atribuciones psicológicas, sino somáticas.<br>➖ Tendencia a presentar alexitimia, en especial respecto a la dificultad para la discriminación de las señales emocionales. |

| **Comorbilidad del trastorno de somatización y la hipocondría:** | **Asociación entre somatización y depresión/ansiedad:** | **Relación entre el trastorno de somatización y la personalidad:** |
|---|---|---|
| ➖ Los estudios indican tasas que varían significativamente, oscilando entre el 7% y el 21% cuando se aplican los criterios completos para el trastorno de somatización y del 32% al 82.9% cuando se utilizan criterios abreviados.<br>➖ La comorbilidad entre ambos trastornos es alta, aunque depende del criterio diagnóstico utilizado y del contexto en el que se realice la investigación. | ➖ Existe una estrecha asociación entre somatización y depresión/ansiedad.<br>➖ Esta asociación se ha confirmado en investigaciones más recientes.<br>➖ Cuando los síntomas de somatización se asocian con trastornos de ansiedad y/o depresión, el cuadro clínico se agrava significativamente.<br>➖ No hay evidencia que indique si la existencia de trastornos somatoformes primarios predice posteriores trastornos de ansiedad o depresivos, o viceversa. | ➖ Se ha encontrado una alta comorbilidad en hombres entre el trastorno de somatización y la sociopatía y en mujeres con el trastorno histriónico. Sin embargo, estudios más recientes no reflejan esta estrecha asociación.<br>➖ La mayoría de los estudios que han relacionado la somatización con dimensiones de personalidad lo han hecho con el neuroticismo y con una menor apertura a la experiencia. |

| **Criterios para el diagnóstico del Trastorno de ansiedad por enfermedad según el DSM-5 (APA, 2013)** |
|---|
| **CRITERIO A.** Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave. |
| **CRITERIO B.** No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica (p. ej., antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada. |



CC BY NC ND

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de ansiedad por enfermedad según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO C.** Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.

**CRITERIO D.** El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (p. ej., comprueba repetidamente en su cuerpo si existen signos de enfermedad) o presenta evitación por mala adaptación (p. ej., evita las visitas al clínico y al hospital).

**CRITERIO E.** La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante **seis meses**, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.

**CRITERIO F.** La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.

**Especificar si:**
☑ **Tipo con solicitud de asistencia:** Utilización frecuente de la asistencia médica, que incluye visitas al clínico o pruebas y procedimientos.
☑ **Tipo con evitación de asistencia:** Raramente se utiliza la asistencia médica.

**Características comunes entre la hipocondría o TAE y el TOC**

**Síntomas:**
☑ Pensamientos, sensaciones, imágenes, o impulsos intrusivos, recurrentes, desagradables y difíciles de controlar.
☑ Alto sensibilidad a la ansiedad.
☑ Hipervigilancia.

**Creencias disfuncionales o distorsionadas:**
☑ Intolerancia a la incertidumbre.
☑ Catastrofismo o sobrevaloración de la amenaza.
☑ Sobrevaloración de la importancia de los pensamientos (Fusión pensamiento-acción tipo probabilidad.

**Comportamientos:**
☑ Comprobación.
☑ Necesidad de reasegurarse.
☑ Evitación.

**Tratamientos eficaces:**
☑ Terapia cognitivo-conductual (incluyendo exposición con prevención de respuesta).
☑ Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS),

**Comorbilidad:**
☑ Trastorno de pánico,
☑ Depresión.



CC BY NC ND

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales) según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO A.** Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria.

**CRITERIO B.** Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas.

**CRITERIO C.** El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental.

**CRITERIO D.** El síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**Nota de codificación:** El código CIE-9-MC para el trastorno de conversión es 300.11, el cual se asigna con independencia del tipo de síntoma. El código CIE-10-MC depende del tipo de síntoma (véase a continuación).

**Especificar si:**
☑ **(F44.4) Con debilidad o parálisis**
☑ **(F44.4) Con movimiento anómalo (p. ej., temblor, movimiento distónico, mioclonía, trastorno de la marcha)**
☑ **(F44.4) Con síntomas de la deglución**
☑ **(F44.4) Con síntoma del habla (p. ej., disfonía, mala articulación)**
☑ **(F44.5) Con ataques o convulsiones**
☑ **(F44.6) Con anestesia o pérdida sensitiva**
☑ **(F44.6) Con síntoma sensitivo especial (p. ej., alteración visual, olfativa o auditiva)**
☑ **(F44.7) Con síntomas mixtos**

**Especificar si:**
☑ **Episodio agudo:** Síntomas presentes durante menos de seis meses.
☑ **Persistente:** Síntomas durante seis meses o más.

☑ **Con factor de estrés psicológico (especificar el factor de estrés)**.
☑ **Sin factor de estrés psicológico.**

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno facticio aplicado a uno mismo según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO A.** Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, asociada a un engaño identificado.

**CRITERIO B.** El individuo se presenta a sí mismo frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno facticio aplicado a uno mismo según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO C.** El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de una recompensa externa obvia.

**CRITERIO D.** El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

**Especificar si:**
☑ **Episodio único.**
☑ **Episodios recurrentes (dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión)**.

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno facticio aplicado a otro (antes: Trastorno facticio por poderes) según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO A**. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, en otro, asociada a un engaño identificado.

**CRITERIO B.** El individuo presenta a otro individuo (víctima) frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.

**CRITERIO C.** El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensa externa obvia.

**CRITERIO D**. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

**Nota:** El diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima.

**Especificar si:**
☑ **Episodio único.**
☑ **Episodios recurrentes (dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión).**

## Capítulo 12. Vol. II Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta

1. Achenbach y Edelbrock (1981) y Wright et al. (2013) sugieren que los trastornos relacionados con el control de los impulsos pueden dividirse en dos grandes dimensiones: externalizantes e internalizantes. Los trastornos externalizantes se caracterizan por conductas impulsivas y disruptivas que afectan negativamente el entorno de la persona, como la agresión, la delincuencia, el juego

patológico, la adicción a sustancias y otros comportamientos adictivos. En contraste, los trastornos internalizantes se caracterizan por conductas impulsivas que afectan principalmente el mundo interno de la persona, como la depresión, la ansiedad, los trastornos alimentarios, la automutilación y otros problemas emocionales. Es importante señalar que algunas manifestaciones de los trastornos relacionados con el control de los impulsos pueden estar presentes en ambas dimensiones. Por ejemplo, la conducta suicida puede ser considerada tanto una conducta internalizante como externalizante, dependiendo del contexto en el que se manifiesta.

2. El enfoque bio-psico-social considera que los trastornos psicológicos son el resultado de una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Por lo tanto, se necesita considerar múltiples factores para comprender la etiología de un trastorno. La perspectiva bio-psico-social se basa en la idea de que la salud mental y el bienestar no pueden entenderse simplemente en términos de una única causa, sino que deben entenderse como el resultado de múltiples factores que interactúan entre sí. Esta perspectiva tiene implicaciones importantes para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicológicos, ya que sugiere que la intervención debe abordar múltiples factores para lograr una mejoría significativa en la salud mental de los pacientes.
3. Según el DSM-5, los trastornos del control de los impulsos, disruptivos y de la conducta se caracterizan por patrones persistentes de comportamiento que violan los derechos fundamentales de los demás o normas y reglas sociales importantes, y que afectan a la persona que los presenta y a las personas con las que se relaciona. Estos patrones de comportamiento pueden incluir comportamientos agresivos, destructivos, desafiantes o engañosos que causan conflictos con figuras de autoridad y ponen en peligro la seguridad de otras personas. Ejemplos de trastornos de este tipo son el trastorno negativista desafiante, el trastorno de conducta y el trastorno explosivo intermitente.
4. La regulación emocional y la disrupción emocional son dos variables transdiagnósticas que se encuentran comúnmente en muchos trastornos psicopatológicos. La regulación emocional se refiere a la capacidad de una persona para manejar y regular sus emociones de manera adaptativa, mientras que la disrupción emocional se refiere a una falta de control emocional que puede manifestarse como exceso de emoción o una reducción en la capacidad para experimentar o expresar emociones. La regulación emocional y la disrupción emocional son relevantes en trastornos como el trastorno de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de personalidad borderline, el trastorno bipolar y muchos otros trastornos. Además, la regulación emocional y la disrupción emocional pueden ser objetivos terapéuticos importantes en el tratamiento de muchos trastornos psicológicos.
5. Según Krueger y Eaton (2015), la impulsividad se refiere a la tendencia a actuar de manera no planificada, con poca consideración de las consecuencias negativas. La impulsividad se relaciona con la incapacidad de resistir los impulsos, lo que puede llevar a comportamientos impulsivos, arriesgados o peligrosos. La impulsividad también se asocia con una falta de previsión y planificación, lo que puede llevar a la toma de decisiones precipitadas y poco reflexivas. Por lo tanto, la impulsividad puede ser un factor de riesgo en el desarrollo de varios trastornos psicológicos, como trastornos del control de los impulsos, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos por consumo de sustancias.
6. La urgencia negativa es una variable transdiagnóstica que se refiere a la tendencia a actuar impulsivamente cuando se experimentan emociones negativas, como la ansiedad, el estrés o la tristeza. Según Cyders y Smith (2008), las personas que experimentan una alta urgencia negativa tienen dificultades para regular sus emociones y, por lo tanto, pueden recurrir a comportamientos impulsivos y de búsqueda de sensaciones para reducir temporalmente la angustia emocional. Este tipo de comportamiento impulsivo puede estar presente en diversos trastornos psicológicos, como

los trastornos alimentarios, los trastornos por consumo de sustancias, los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo. La comprensión de la urgencia negativa y su relación con la regulación emocional puede ayudar a los profesionales de la salud mental a desarrollar intervenciones específicas para tratar estos trastornos.

7. El trastorno de conducta se presenta en la infancia o adolescencia y se caracteriza por un comportamiento repetitivo y persistente que viola los derechos de otras personas o las normas sociales importantes. Los síntomas del trastorno de conducta incluyen agresión hacia personas y animales, destrucción de la propiedad, robo y engaño, violación de normas y leyes, y falta de remordimiento o culpa por el comportamiento dañino. El trastorno de conducta es un trastorno grave que requiere tratamiento, ya que si no se trata puede llevar a problemas legales y de comportamiento a lo largo de la vida.
8. Según los estudios mencionados, el trastorno negativista desafiante puede ser un predictor de trastornos del estado del ánimo en la juventud y edad adulta, siendo la depresión y los trastornos de ansiedad los más comunes. Es importante destacar que estos resultados no son una regla general y cada caso debe ser evaluado individualmente por un profesional de la salud mental.
9. El trastorno negativista desafiante (TND) se caracteriza por un patrón recurrente y persistente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil hacia figuras de autoridad. Los estudios han sugerido que los factores temperamentales, como una mayor reactividad emocional y una menor tolerancia a la frustración, pueden estar estrechamente relacionados con el TND. Estos factores temperamentales pueden ser influenciados por factores genéticos, neurobiológicos y ambientales, como el estrés prenatal y la exposición temprana a la adversidad.
10. Los padres que utilizan estrategias negativas (por ejemplo, gritos, críticas, castigos físicos) y un control excesivo (por ejemplo, no permitir que el niño tome decisiones o no permitir que se equivoque) se asocian con una mayor frecuencia de trastorno negativista desafiante en los niños. Estas prácticas parentales pueden crear un ambiente en el que el niño siente que no tiene control sobre su vida, lo que puede contribuir a un comportamiento desafiante y oposicionista.
11. El apego ansioso se caracteriza por una necesidad excesiva de atención y afecto de las figuras de apego, y una tendencia a la ansiedad y la preocupación en ausencia de estas figuras. Cuando las figuras de apego no responden a las necesidades emocionales del individuo, puede llevar a un comportamiento oposicionista como una forma de buscar atención y cuidado. En el trastorno negativista desafiante, esta búsqueda de atención y cuidado puede manifestarse a través de comportamientos negativos y desafiantes hacia las figuras de autoridad.
12. Aunque los trastornos de ansiedad pueden estar relacionados con el trastorno explosivo intermitente, no son un factor fisiológico que contribuya directamente a esta condición. Por otro lado, se ha observado que puede haber un posible desequilibrio bioquímico que afecta a los circuitos de neurotransmisión, especialmente aquellos relacionados con el funcionamiento emocional adaptativo, como el sistema límbico y el sistema de inhibición de impulsos. Se cree que la serotonina y otras monoaminas podrían estar deficientes en estas áreas y esto podría contribuir al desarrollo del trastorno explosivo intermitente. Por lo tanto, la opción correcta es: un desequilibrio bioquímico que afecta a los circuitos de neurotransmisión.
13. El estilo de crianza que puede contribuir al desarrollo del trastorno explosivo intermitente es el control sin afecto. Este tipo de crianza se caracteriza por la imposición de límites y normas de forma autoritaria, sin ofrecer afecto y comprensión a los hijos. Los padres que utilizan este estilo de crianza pueden ser sobreprotectores y controladores, lo que puede generar en los hijos sentimientos de frustración y rechazo. Además, en algunos casos, los hijos pueden aprender por imitación las

conductas agresivas que observan en los padres. Por otro lado, el control con afecto se caracteriza por la imposición de límites y normas de forma afectuosa, buscando el bienestar de los hijos y la comunicación asertiva. Este estilo de crianza suele generar hijos más seguros y autónomos, que se sienten comprendidos y respetados. Por lo tanto, la opción "Control sin afecto" es la correcta.

14. El Trastorno de Conducta según el DSM-5 se define como un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas y reglas sociales propias de la edad. Este comportamiento suele incluir acciones agresivas hacia otras personas o animales, la destrucción de la propiedad de otros, el robo, la mentira y el incumplimiento de reglas importantes. Estos comportamientos se deben presentar durante un período de al menos 12 meses y pueden causar problemas significativos en el ámbito social, académico o laboral del individuo. Este trastorno generalmente se diagnostica en la infancia o adolescencia y puede ser un predictor de problemas más graves en la edad adulta si no se trata adecuadamente.
15. Las personas con trastorno de conducta suelen tener dificultades para ponerse en el lugar de los demás y comprender sus sentimientos y perspectivas. Esto se debe a que tienen una deficiencia en la capacidad de empatía, que es una habilidad emocional fundamental para las relaciones interpersonales saludables y el comportamiento social apropiado. Además de la falta de empatía, las personas con trastorno de conducta también pueden mostrar insensibilidad, frialdad emocional y falta de remordimiento por sus acciones perjudiciales hacia otros.
16. Según la APA (2014), los trastornos de conducta son más comunes en hombres que en mujeres. Los estudios han demostrado que la tasa de prevalencia del trastorno de conducta es de aproximadamente 3 a 4 veces mayor en hombres que en mujeres. Aunque la razón exacta de esta diferencia en la prevalencia no está clara, se han propuesto diversas teorías, como diferencias biológicas, sociales y culturales en la socialización de género.
17. El TDAH es el trastorno más frecuentemente asociado con el trastorno de conducta. De hecho, se estima que hasta el 50-70% de los niños y adolescentes con trastorno de conducta también tienen TDAH. Además, ambos trastornos comparten algunos síntomas, como la impulsividad y la falta de atención, lo que hace que sea más difícil distinguirlos. La presencia de ambos trastornos puede complicar el diagnóstico y el tratamiento, por lo que es importante evaluar y tratar ambas condiciones de manera adecuada.
18. El sistema asociado con los déficits en la regulación emocional y comportamental del individuo es el sistema de regulación emocional. Este sistema es responsable de regular las emociones, la atención y el comportamiento, y está mediado por las redes neurales que incluyen la corteza prefrontal ventrolateral, la amígdala, el hipocampo y el sistema límbico. Cuando el sistema de regulación emocional no funciona adecuadamente, puede haber dificultades en la regulación emocional y comportamental, lo que se manifiesta en síntomas como impulsividad, irritabilidad, ansiedad, depresión y trastornos de conducta. Los déficits en este sistema pueden ser causados por factores genéticos, ambientales o una combinación de ambos. El sistema límbico es una red de estructuras cerebrales interconectadas que desempeñan un papel importante en la regulación emocional y en la conducta motivada. Cuando hay un desequilibrio o disfunción en estas estructuras, puede haber problemas en la regulación emocional y en la conducta, incluyendo la impulsividad. La impulsividad se define como la tendencia a actuar sin considerar las consecuencias a largo plazo de nuestras acciones. Las estructuras del sistema límbico que se asocian con la impulsividad son la amígdala, la corteza prefrontal y el cuerpo estriado. La amígdala es responsable de la identificación y el procesamiento de las emociones, especialmente en situaciones de peligro o amenaza. Cuando la amígdala está hiperactiva, puede haber una respuesta emocional exagerada que puede llevar a la

impulsividad. La corteza prefrontal es responsable de la toma de decisiones y de la regulación del comportamiento. Cuando la corteza prefrontal está subactiva, puede haber una falta de control sobre los impulsos y una mayor propensión a actuar sin considerar las consecuencias. El cuerpo estriado está implicado en la regulación de la conducta motivada y la recompensa. Cuando el cuerpo estriado está hiperactivo, puede haber una mayor motivación para buscar recompensas, lo que puede llevar a la impulsividad.

19. El uso de estrategias educativas punitivas, como castigos y sanciones, se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar trastornos de conducta en los estudiantes. Estas estrategias pueden generar un ambiente escolar hostil y poco afectivo, lo que puede aumentar la probabilidad de que los estudiantes desarrollen comportamientos agresivos o disruptivos. Por otro lado, el uso de estrategias educativas incentivas y un alto nivel de exigencia académica se han relacionado con una menor incidencia de trastornos de conducta en los estudiantes, ya que fomentan un ambiente escolar positivo y estimulante, en el que los estudiantes se sienten motivados y comprometidos con el aprendizaje.
20. Según la información disponible, los desencadenantes más comunes de los episodios piromaniacos parecen estar relacionados con la situación personal del individuo, como altos niveles de estrés, problemas interpersonales o aburrimiento. Por lo tanto, la respuesta correcta es "Situaciones estresantes". No se menciona que los episodios piromaníacos estén relacionados con situaciones alegres o emocionantes.
21. La serotonina es un neurotransmisor que regula el estado de ánimo y el comportamiento impulsivo, mientras que la noradrenalina está involucrada en la respuesta al estrés y la regulación del estado de ánimo. Los desequilibrios en estos sistemas de neurotransmisión pueden contribuir a la impulsividad y la agresión, que son características comunes de los individuos con piromanía. Además, las alteraciones en el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, que regula la respuesta al estrés en el cuerpo, también pueden estar relacionadas con la piromanía.
22. La cleptomanía es un trastorno psicológico en el cual la persona siente una impulsividad incontrolable para robar objetos que no son necesarios para su uso o beneficio. La persona que padece cleptomanía experimenta una sensación de alivio temporal al robar, pero después puede sentir vergüenza y culpa. Por otro lado, el robo intencional se refiere a la acción de tomar algo que no pertenece a uno con la intención de utilizarlo o beneficiarse de alguna manera. En este caso, la persona que roba es consciente de sus acciones y busca obtener algún beneficio con el objeto robado. En resumen, la principal diferencia entre ambos tipos de robo es la motivación detrás de la acción. En la cleptomanía, el objeto robado es innecesario y se busca la satisfacción del impulso, mientras que en el robo intencional, la motivación es hacer uso del objeto robado o beneficiarse de alguna manera del acto delictivo.
23. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) en el año 2014, clasificó la cleptomanía como un trastorno disruptivo del control de los impulsos y de la conducta. Además, se establece que puede estar asociado con otros trastornos mentales, como los trastornos depresivos mayores y bipolares, trastornos de la conducta alimentaria, abuso y consumo de sustancias, trastornos de la personalidad, entre otros. Es importante destacar que esta asociación no significa que todas las personas que padecen cleptomanía también tengan algún otro trastorno mental, pero sí se ha observado una mayor frecuencia de la cleptomanía en personas que presentan estos otros trastornos.
24. Mayoral et al. (2016) señalan que los factores de riesgo para la cleptomanía incluyen antecedentes familiares, comorbilidad con otros trastornos como trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos del control de los impulsos, así como el género femenino, ya que se ha encontrado

una mayor prevalencia de cleptomanía en mujeres. Además, también se ha encontrado una asociación entre la cleptomanía y la presencia de eventos estresantes en la vida de la persona que padece el trastorno.

25. Los estudios sugieren que la cleptomanía se asocia con déficits en la regulación de impulsos y la toma de decisiones, que están relacionados con cambios estructurales en los sistemas frontotemporales del cerebro. Además, se ha encontrado que los circuitos de serotonina, dopamina y sistema opioide están involucrados en la regulación de la impulsividad y en la recompensa del comportamiento impulsivo en la cleptomanía. En particular, se ha observado que la disminución de los niveles de serotonina se asocia con la aparición de impulsividad y comportamientos adictivos, lo que puede contribuir al desarrollo y mantenimiento de la cleptomanía.

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno negativista desafiante según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO A.** Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con **cuatro síntomas** de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.

☑**Enfado/irritabilidad**
1.- A menudo pierde la calma.
2.- A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
3.- A menudo está enfadado y resentido.

☑**Discusiones/actitud desafiante**
4.- Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
5.- A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
6.- A menudo molesta a los demás deliberadamente.
7- A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

☑**Vengativo**
8.- Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

**Nota:** Se debe considerar la persistencia y la frecuencia de estos comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales, de los sintomáticos.
☑**En los niños de menos de cinco años** el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un período de **seis meses por lo menos**, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8).
☑**En los niños de cinco años o más**, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8).
Si bien estos criterios de frecuencia se consideran el grado mínimo orientativo para definir los síntomas, también se deben tener en cuenta otros factores, por ejemplo, si la frecuencia y la intensidad de los comportamientos rebasan los límites de lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura.

**CRITERIO B.** Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo), o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

**CRITERIO C.** Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno negativista desafiante según el DSM-5 (APA, 2013)**

**Especificar la gravedad actual:**
☑ **Leve:** Los síntomas se limitan a un entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros).
☑ **Moderado:** Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.
☑ **Grave:** Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos.

**Resumen diagnóstico diferencial del trastorno negativista desafiante (APA, 2014].**

| | |
|---|---|
| **Trastornos del neurodesarrollo** | ☑ Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual).<br>☑ Trastornos de la comunicación (trastornos del lenguaje).<br>☑ Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad, |
| **Trastorno bipolar y trastornos relacionados** | ☑ Trastorno bipolar. |
| **Trastornos depresivos** | ☑ Trastorno depresivo mayor.<br>☑ Trastorno de desregulación disruptiva del estada de ánimo. |
| **Trastornos de ansiedad** | ☑ Trastorno de ansiedad social (fobia social). |
| **Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta** | ☑ Trastorno explosivo intermitente.<br>☑ Trastorno de conducta. |

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno explosivo intermitente según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO A.** Arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por una de las siguientes:

☑ A**gresión verbal** (p. ej., berrinches, diatribas, disputas verbales o peleas) o agresión física contra la propiedad, los animales u otros individuos, en promedio dos veces por semana, durante un período de **tres meses**. La agresión física no provoca daños ni destrucción de la propiedad, ni provoca lesiones físicas a los animales ni a otros individuos.
☑ **Tres arrebatos** en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los **últimos doce meses.**

**CRITERIO B.** La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o cualquier factor estresante psicosocial desencadenante.



CC BY NC ND

| **Criterios para el diagnóstico del Trastorno explosivo intermitente según el DSM-5 (APA, 2013)** |
|---|
| **CRITERIO C.** Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación). |
| **CRITERIO D.** Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, o tienen consecuencias económicas o legales. |
| **CRITERIO E.** El individuo tiene una edad cronológica de **seis años** por lo menos (o un grado de desarrollo equivalente). |
| **CRITERIO F.** Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de personalidad límite), ni se pueden atribuir a otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer), ni a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., drogadicción, medicación). En los niños de edades comprendidas entre 6 y 18 años, a un comportamiento agresivo que forme parte de un trastorno de adaptación no se le debe asignar este diagnóstico. |
| **Nota:** Este diagnóstico se puede establecer además del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante o trastorno del espectro autista, cuando los arrebatos agresivos impulsivos recurrentes superen a los que habitualmente se observan en estos trastornos y requieran atención clínica independiente. |

| **Resumen diagnóstico diferencial del trastorno explosivo intermitente (APA, 2014 y Campos, 2013).** | |
|---|---|
| **Trastornos del neurodesarrollo** | ☑ Trastornos del espectro autista<br>☑ Trastorno por déficit de atención/hiperactividad |
| **Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos** | ☑ Esquizofrenia |
| **Trastorno bipolar y trastornos relacionados** | ☑ Episodio maníaco |



CC BY NC ND

| | |
|---|---|
| **Trastornos depresivos** | ☑Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo |
| **Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta** | ☑Trastorno negativista desafiante de la conducía<br>☑Trastorno de conducta,<br>☑Trastorno de la personalidad antisocial |
| **Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos** | ☑Intoxicación por sustancias<br>o síndrome de abstinencia |
| **Trastornos neurocognitivos** | ☑Delirium<br>☑Trastorno neurocognitivo mayor |
| **Trastornos de la personalidad** | ☑Trastorno de la personalidad antisocial<br>☑Trastorno de la personalidad límite |
| **Sintomatología debido a enfermedad médica** | |

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de conducta según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO A.** Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia **en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios** siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

☑**Agresión a personas y animales**:

1.- A menudo acosa, amenaza o intimida a otros.
2.- A menudo inicia peleas.
3.- Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
4.- Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5.- Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6.- Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
7.- Ha violado sexualmente a alguien

☑**Destrucción de la propiedad**:

8.- Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
9.- Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio de fuego).

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de conducta según el DSM-5 (APA, 2013)**

☑**Engaño o robo**:
10.- Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
11.- A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej., «engaña» a otras personas).
12.- Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión, falsificación).
☑**Incumplimiento grave de las normas**:
13.- A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.
14.- Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
15.- A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.

**CRITERIO B.** El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas del funcionamiento social, académico o laboral

**CRITERIO C.** Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

**Especificar si:**
☑**312.81 (F91.1) Tipo de inicio infantil:** Los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.
☑**312.82 (F91.2) Tipo de inicio adolescente:** Los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.
☑**312.89 (F91.9) Tipo de inicio no especificado:** Se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad.

**Especificar si:**
☑**Con emociones prosociales limitadas:** Para poder asignar este especificador, el individuo ha de haber presentado por lo menos dos de las siguientes características de forma persistente durante doce meses por lo menos, en diversas relaciones y situaciones. Estas características reflejan el patrón típico de relaciones interpersonales y emocionales del individuo durante ese período, no solamente episodios ocasionales en algunas situaciones. Por lo tanto, para evaluar los criterios de un especificador concreto, se necesitan varias fuentes de información. Además de la comunicación del
propio individuo, es necesario considerar lo que dicen otros que lo hayan conocido durante períodos prolongados de tiempo (p. ej., padres, profesores, compañeros de trabajo, familiares, amigos).
☑**Falta de remordimientos o culpabilidad:** No se siente mal ni culpable cuando hace algo malo (no cuentan los remordimientos que expresa solamente cuando le sorprenden o ante un castigo). El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no siente remordimientos después de hacer daño a alguien ni se preocupa por las consecuencias de transgredir las reglas.
☑**Insensible, carente de empatía:** No tiene en cuenta ni le preocupan los sentimientos de los demás. Este individuo se describe como frío e indiferente. La persona parece más preocupada por los efectos de sus actos sobre sí mismo que sobre los demás, incluso cuando provocan daños apreciables a terceros.
☑**Despreocupado por su rendimiento:** No muestra preocupación respecto a un rendimiento deficitario o problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. El individuo no realiza el esfuerzo necesario para alcanzar un buen rendimiento, incluso cuando las expectativas son claras, y suele culpar a los demás de su rendimiento deficitario.
☑**Afecto superficial o deficiente:** No expresa sentimientos ni muestra emociones con los demás, salvo de una forma que parece poco sentida, poco sincera o superficial (p. ej., con acciones que contradicen la emoción expresada, o puede «conectar» o «desconectar» las emociones rápidamente) o cuando recurre a expresiones emocionales para obtener beneficios (p. ej., expresa emociones para manipular o intimidar a otros).

**Especificar la gravedad actual:**
☑**Leve:** Existen pocos o ningún problema de conducta aparte de los necesarios para establecer el diagnóstico, y los problemas de conducta provocan un daño relativamente menor a los demás (p. ej., mentiras, absentismo escolar, regresar tarde por la noche sin permiso, incumplir alguna otra regla).

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de conducta según el DSM-5 (APA, 2013)**

☑ **Moderado:** El número de problemas de conducta y el efecto sobre los demás son de gravedad intermedia entre los que se especifican en «leve» y en «grave» (p. ej., robo sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo).
☑ **Grave:** Existen muchos problemas de conducta además de los necesarios para establecer el diagnóstico, o dichos problemas provocan un daño considerable a los demás (p. ej., violación sexual, crueldad física, uso de armas, robo con enfrentamiento con la víctima, atraco e invasión).

| **Resumen diagnóstico diferencial del trastorno de conducta (APA, 2014).** | |
|---|---|
| **Trastornos del neurodesarrollo** | ☑ Trastorno por déficit de atención/hiperactividad |
| **Trastorno bipolar y trastornos relacionados** | ☑ Trastorno bipolar |
| **Trastornos depresivos** | ☑ Trastorno depresivo mayor<br>☑ Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo |
| **Trastornos relacionados con con traumas y factores de estrés** | ☑ Trastorno adaptativo con alteración de la conducta o con alteración mixta de las emociones y de la conducta |
| **Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta** | ☑ Trastorno negativista desafiante<br>☑ Trastorno explosivo intermitente |

**Criterios para el diagnóstico para la piromanía según el DSM-5 (APA, 2014)**

**CRITERIO A.** Provocación de incendios de forma deliberada e intencionada en más de una ocasión.

**CRITERIO B.** Tensión o excitación afectiva antes de hacerlo.

**CRITERIO C.** Fascinación, interés, curiosidad o atracción por el fuego y su contexto (p. ej., parafernalia, usos, consecuencias).

**CRITERIO D.** Placer, gratificación o alivio al provocar incendios o al presenciar o participar en sus consecuencias.

**CRITERIO E.** No se provoca un incendio para obtener un beneficio económico, ni como expresión de una ideología sociopolítica, ni para ocultar una actividad criminal, expresar rabia o venganza, mejorar las condiciones de vida personales, ni en respuesta a un delirio o alucinación, ni como resultado de una alteración del juicio (p. ej., trastorno neurocognitivo mayor, discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], intoxicación por sustancias).



CC BY NC ND

**Criterios para el diagnóstico para la piromanía según el DSM-5 (APA, 2014)**

**CRITERIO F.** La provocación de incendios no se explica mejor por un trastorno de la conducta, un episodio maníaco o un trastorno de la personalidad antisocial.

| **Resumen diagnóstico diferencial de la piromanía (APA, 2014).** | |
|---|---|
| **Trastornos del neurodesarrollo** | ☑ Discapacidad intelectual trastorno del desarrollo intelectual, |
| **Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos** | ☑ Delirios.<br>☑ Alucinaciones |
| **Trastornos neurocognitivos** | ☑ Trastorno neurocognitivo mayor. |
| **Trastorno bipolar y trastornos relacionados** | ☑ Episodio maniaco, |
| **Trastornos de la personalidad** | ☑ Trastorno de la personalidad antisocial. |
| **Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos** | ☑ Intoxicación por sustancias. |
| **Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta** | ☑ Trastorno de conducta.<br>☑ Trastorno de la personalidad antisocial. |

**Criterios para el diagnóstico para la Cleptomanía según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO A.** Fracaso recurrente para resistir el impulso de robar objetos que no son necesarios para uso personal ni por su valor monetario.



CC BY NC ND

**CRITERIO B.** Aumento de la sensación de tensión inmediatamente antes de cometer el robo.

**CRITERIO C.** Placer, gratificación o alivio en el momento de cometerlo.

**CRITERIO D.** El robo no se comete para expresar rabia ni venganza, ni en respuesta a un delirio o una alucinación.

**CRITERIO E.** El robo no se explica mejor por un trastorno de la conducta, un episodio maníaco o un trastorno de la personalidad antisocial.

| **Resumen diagnóstico diferencial de la cleptomanía (APA, 2014).** | |
|---|---|
| **Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos** | ☑ Episodios psicóticos..<br>☑ Esquizofrenia. |
| **Trastornos neurocognitivos** | ☑ Trastorno neurocognitivo mayor. |
| **Trastorno bipolar y trastornos relacionados** | ☑ Episodio maniaco, |
| **Trastornos de la personalidad** | ☑ Trastorno de la personalidad antisocial. |
| **Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta** | ☑ Trastorno de conducta.<br>☑ Trastorno de la personalidad antisocial. |
| **Otras causas para el robo** | |

**Criterios para el diagnóstico para otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado según el DSM-5 (APA, 2014)**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta, que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, laboral o de otro tipo importantes para el individuo, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta. La categoría de otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno disruptivo específico, del control de los impulsos y de la conducta. Esto se hace registrando «otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado» seguido del motivo específico (p. ej., «arrebatos recurrentes de comportamiento, de frecuencia insuficiente»).



CC BY NC ND

**Criterios para el diagnóstico para otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta NO especificado según el DSM-5 (APA, 2014)**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta, que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, profesional o de otro tipo importantes para el individuo, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta. La categoría trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta específico e incluye las presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

## Capítulo 13. Vol. II Trastornos de la personalidad

1. Los rasgos de personalidad son características relativamente estables y consistentes en la forma en que una persona piensa, siente y se comporta a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones. Estos rasgos pueden ser heredados genéticamente, aprendidos a través de la experiencia o una combinación de ambos. A diferencia de las respuestas de la opción "todas las opciones son correctas" y "patrones que cambian dependiendo del entorno", los rasgos de personalidad son relativamente estables y no cambian significativamente en función del entorno. Sin embargo, el ambiente puede influir en la forma en que los rasgos se manifiestan o en cómo una persona los expresa en diferentes situaciones.
2. La personalidad humana es un concepto abstracto que se utiliza para describir los patrones de pensamiento, sentimiento y comportamiento de una persona que son relativamente estables y consistentes a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones. No es algo concreto y específico que pueda medirse o cuantificarse de manera objetiva. Además, la personalidad es influenciada por factores biológicos, ambientales y culturales, lo que hace que sea compleja y multifacética.
3. La personalidad es un constructo complejo y multifacético que se desarrolla y cambia a lo largo de la vida del individuo y en diferentes situaciones y roles. Es una propiedad emergente en el sentido de que surge de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales, y no puede reducirse a ninguna de estas dimensiones de manera aislada. Además, la personalidad es dinámica y puede ser influenciada por eventos importantes en la vida, como la educación, la experiencia laboral, las relaciones interpersonales y las situaciones estresantes. En resumen, la personalidad es una entidad compleja, dinámica y cambiante que se desarrolla y evoluciona a lo largo de la vida del individuo y en diferentes situaciones y contextos.
4. El modelo de los 5GF (Cinco Grandes Factores) también conocido como modelo de los "Big Five" es uno de los modelos más aceptados en la investigación de la personalidad. Se basa en cinco dimensiones que se consideran universales y estables en la descripción de las diferencias individuales en la personalidad. Cada uno de estos factores se considera independiente y se ha demostrado que son predictores útiles de una amplia gama de resultados, como la salud mental, el bienestar y el éxito en el trabajo. Estas cinco dimensiones son:
    a. Neuroticismo: se refiere a la tendencia a experimentar emociones negativas como la ansiedad, la tristeza y la ira.

   b. Extroversión: se refiere a la tendencia a buscar estimulación y a disfrutar de la compañía de otras personas.
   c. Apertura a la experiencia: se refiere a la tendencia a buscar nuevas experiencias, a ser imaginativo y a tener una mente abierta.
   d. Afabilidad: se refiere a la tendencia a ser compasivo, cooperativo y amable con los demás.
   e. Escrupulosidad: se refiere a la tendencia a ser organizado, responsable y confiable.
5. Según la teoría de la personalidad psicobiológica de Cloninger, el temperamento se refiere a las características emocionales y motivacionales innatas que tienen las personas, las cuales son influenciadas por la genética y la biología. Estas características incluyen la manera en que las personas reaccionan emocionalmente ante diferentes situaciones, como el miedo, la ira y la tristeza, así como también sus niveles de búsqueda de sensaciones y su capacidad de inhibición conductual. Cloninger postula que hay tres dimensiones básicas del temperamento: la búsqueda de novedad, la evitación del daño y la dependencia de la recompensa.
6. Inicialmente, la teoría de Cloninger postuló tres dimensiones del temperamento: búsqueda de novedad, evitación del daño y dependencia de la recompensa. Estas dimensiones están relacionadas con la actividad dopaminérgica, serotonérgica y noradrenérgica, respectivamente. Posteriormente, Cloninger añadió una cuarta dimensión, la persistencia, que se relaciona con la actividad noradrenérgica y su papel en la atención sostenida y la regulación del estado de ánimo. Así, la teoría de Cloninger propone cuatro dimensiones básicas del temperamento que se asocian con sistemas neurobiológicos específicos.
7. Las personas con Trastornos de Personalidad a menudo tienen dificultades para reconocer que su forma de ser y comportarse puede ser problemática o disfuncional. Pueden creer que su forma de ser es "normal" o que es el resto del mundo el que está equivocado o tiene problemas. Como resultado, pueden no buscar ayuda por sí mismos y pueden resistirse a los intentos de otros para que busquen tratamiento. A menudo es necesario que se presenten problemas graves en su vida, como relaciones personales rotas, problemas legales o laborales, para que busquen ayuda.
8. Aunque es posible que las personas con TP experimenten malestar debido a la falta de aceptación de los demás, no es el único tipo de malestar que suelen experimentar. De hecho, las personas con TP pueden experimentar malestar intrínseco al trastorno, como sentimientos de vacío, inestabilidad emocional, ansiedad, depresión, rabia y culpa. También pueden experimentar malestar debido a las dificultades que tienen para establecer relaciones interpersonales satisfactorias, la incapacidad para regular sus emociones y la falta de logros personales. Es importante tener en cuenta que no todas las personas con TP experimentan el mismo tipo de malestar o con la misma intensidad. Los síntomas y la gravedad del trastorno pueden variar ampliamente de una persona a otra.
9. El DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición) incluye tres grupos de trastornos de la personalidad. Cada grupo se caracteriza por patrones de pensamiento, comportamiento y emociones que son relativamente estables e inflexibles a lo largo del tiempo, y que pueden causar dificultades en las relaciones interpersonales y en otras áreas de la vida de una persona:
   a. Grupo A: trastornos excéntricos o raros, que incluyen el trastorno paranoide, el trastorno esquizoide y el trastorno esquizotípico.
   b. Grupo B: trastornos dramáticos, emocionales o erráticos, que incluyen el trastorno antisocial, el trastorno límite, el trastorno histriónico y el trastorno narcisista.
   c. Grupo C: trastornos ansiosos o temerosos, que incluyen el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y el trastorno de personalidad por evitación. Cada grupo se caracteriza por patrones de pensamiento,

comportamiento y emociones que son relativamente estables e inflexibles a lo largo del tiempo, y que pueden causar dificultades en las relaciones interpersonales y en otras áreas de la vida de una persona.

10. La opción de clasificación adoptada finalmente en el DSM-5 para los trastornos de la personalidad fue incluir un "modelo alternativo" en una nueva sección final. Este modelo alternativo se basa en rasgos de personalidad, en lugar de en categorías diagnósticas discretas como se hacía en el DSM-IV. El objetivo es proporcionar una forma más flexible y dimensional de conceptualizar los trastornos de la personalidad, y permite un enfoque más personalizado del tratamiento. Además, se mantuvieron las categorías diagnósticas tradicionales del DSM-IV como una opción adicional para aquellos profesionales de la salud mental que prefieren utilizarlas.
11. La evaluación de la gravedad en el DSM-5 se basa en un sistema de 5 niveles, desde "Ausencia de trastorno" (Nivel 0) hasta "Muy grave" (Nivel 4), y se utiliza para evaluar la gravedad de los trastornos de la personalidad. Por otro lado, la CIE-11 utiliza un sistema de 3 niveles para evaluar la gravedad de los trastornos de la personalidad, desde "Leve" hasta "Moderado" y "Grave". Aunque ambos sistemas son similares, la principal diferencia es que la CIE-11 no contempla un nivel 0, por lo que un diagnóstico de trastorno de la personalidad solo se puede hacer si se cumplen los criterios para el nivel 1 o superior. Además, el nivel 1 del DSM-5 se considera insuficiente para un diagnóstico de trastorno de la personalidad, ya que solo se requiere una "disfunción leve en una o dos áreas" para cumplir los criterios de este nivel.
12. Los trastornos del estado de ánimo, como la depresión y el trastorno bipolar, son los trastornos mentales más comúnmente asociados con los trastornos de personalidad. La comorbilidad entre estos trastornos puede ser alta y puede complicar el diagnóstico y el tratamiento de ambos trastornos. Además, los trastornos del estado de ánimo pueden desencadenar o exacerbar los síntomas de los trastornos de personalidad y viceversa. Es importante abordar los trastornos de personalidad y los trastornos del estado de ánimo de manera integrada para lograr una recuperación efectiva.
13. El Estudio Colaborativo Longitudinal de la Personalidad (CLPS) es un estudio que siguió a pacientes con trastornos de personalidad y depresión durante 10 años, y los resultados indicaron que el porcentaje de pacientes con trastornos de personalidad que seguían cumpliendo criterios diagnósticos de su trastorno al año era del 75%, mientras que el porcentaje de pacientes con depresión que seguían cumpliendo criterios diagnósticos de su trastorno al año era del 40%. Por lo tanto, el porcentaje de pacientes con trastornos de personalidad que seguían cumpliendo criterios diagnósticos de su trastorno al año era mayor que el de los pacientes con depresión.
14. El McLean Study of Adult Development (MSAD) es un estudio prospectivo de seguimiento a largo plazo de pacientes con trastornos de personalidad que se inició en 1994. En este estudio, se evaluó a un grupo de pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) en el seguimiento a diez años. Según los resultados del estudio, el 85% de los pacientes con TLP cumplió criterios de mejora en el seguimiento a diez años. Esto significa que la mayoría de los pacientes con TLP experimentaron una mejoría significativa en sus síntomas y funcionamiento a lo largo del tiempo. Es importante tener en cuenta que el TLP es un trastorno de personalidad crónico y que la mejoría puede ser lenta y gradual. Sin embargo, estos resultados sugieren que la mayoría de los pacientes con TLP pueden beneficiarse de un tratamiento adecuado y recibir un pronóstico positivo.
15. El estudio McLean Study of Adult Development (MSAD) encontró que los pacientes con TLP mostraron tasas de recuperación peores que las de otros trastornos de la personalidad. A los diez años de seguimiento, solo el 35% de los pacientes con TLP habían logrado una recuperación funcional completa, en comparación con el 67% de los pacientes con otros trastornos de la personalidad.

Además, los pacientes con TLP mostraron tasas de recaída más altas que los pacientes con otros trastornos de la personalidad, lo que sugiere que la estabilidad temporal del TLP es más baja que la de otros trastornos de la personalidad.

16. El estudio CICS encontró que los problemas de comportamiento en la adolescencia se mantienen o aumentan en la vida adulta, lo que puede aumentar el riesgo de problemas de salud mental y física en la vida adulta. También se encontró que los trastornos de personalidad en la adolescencia estaban relacionados con un mayor riesgo de problemas de salud mental en la edad adulta, lo que resalta la importancia de la prevención y el tratamiento temprano de estos trastornos.
17. El estudio de Soeteman y colaboradores (2008) encontró que las personas con TP tienen una calidad de vida significativamente peor que la población general y similar a la de personas con enfermedades médicas graves como el cáncer. Estos resultados sugieren que los TP tienen un impacto significativo en la calidad de vida de las personas que los padecen.
18. Este es uno de los criterios para el diagnóstico del Trastorno de la personalidad paranoide según el DSM-5. La persona con este trastorno tiende a tener una desconfianza y suspicacia generalizada hacia los demás, lo que lleva a interpretar sus intenciones como malintencionadas y sospechar que los demás los explotan, causan daño o decepcionan al individuo, sin tener una base real para estas creencias. Las otras opciones mencionadas no son criterios para el diagnóstico del Trastorno de la personalidad paranoide. Las alucinaciones y delirios son síntomas comunes en otros trastornos mentales, como la esquizofrenia, pero no son parte de los criterios diagnósticos del Trastorno de la personalidad paranoide. Los cambios bruscos y extremos en el estado de ánimo son síntomas comunes en otros trastornos del estado de ánimo, como el trastorno bipolar, pero tampoco son parte de los criterios diagnósticos del Trastorno de la personalidad paranoide.
19. Si los criterios del Trastorno de la personalidad paranoide se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, según el DSM-5 se debe añadir "previo" al diagnóstico, es decir, se considera un trastorno de la personalidad paranoide previo. Esto se debe a que si los criterios del trastorno de la personalidad paranoide se presentan antes del inicio de la esquizofrenia, no se puede atribuir la sintomatología a la esquizofrenia u otro trastorno psicótico, por lo que se hace necesaria esta especificación en el diagnóstico.
20. Según Turkat, el desarrollo del trastorno paranoide de la personalidad consta de tres fases: la primera fase implica la educación parental centrada en la importancia de ser perfeccionista, la segunda fase implica la adquisición progresiva de un estilo personal marcado por la ansiedad extrema relacionada con la hipervigilancia ante los errores y el temor a la evaluación social, y la tercera fase implica la búsqueda de explicaciones para disminuir la ansiedad, especialmente la social. Por lo tanto, la opción que no es una fase en el desarrollo del trastorno paranoide de la personalidad es la primera opción mencionada.
21. Según diversos estudios, el trastorno paranoide de la personalidad se caracteriza por una elevada puntuación en el rasgo de neuroticismo, que se refiere a la tendencia a experimentar emociones negativas como ansiedad, depresión e inseguridad. Además, se ha encontrado que las personas con TP paranoide tienen una baja puntuación en el rasgo de cordialidad, que se refiere a la tendencia a ser amistosos, cooperativos y compasivos con los demás. Estos dos rasgos fundamentales en la base del TP paranoide contribuyen a la aparición de la desconfianza y la sospecha hacia los demás, y a la dificultad para establecer relaciones interpersonales satisfactorias.
22. Las personas con trastorno de la personalidad esquizoide suelen tener una apariencia apática y con poca vitalidad. Este trastorno se caracteriza por un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y una restricción en la expresión emocional, lo que puede llevar a una apariencia fría, distante

y sin emociones. Las personas con este trastorno también pueden tener un interés limitado en las relaciones sexuales y poca motivación para participar en actividades sociales o deportivas.

23. El rasgo principal del trastorno de la personalidad esquizoide según los criterios diagnósticos del DSM-5 es precisamente el distanciamiento de los contactos sociales y la capacidad limitada para expresar emociones en situaciones de interacción con otras personas. Las personas con este trastorno a menudo prefieren actividades solitarias y tienen poco interés en relaciones interpersonales cercanas. Además, pueden parecer frías, indiferentes o emocionalmente distantes en situaciones sociales. También pueden tener dificultades para experimentar y expresar emociones, lo que puede hacer que parezcan apáticos o insensibles a los demás.
24. Según los criterios diagnósticos del DSM-5, el trastorno de la personalidad esquizoide suele manifestarse en la edad adulta temprana y puede persistir a lo largo de la vida. Las personas con este trastorno pueden tener dificultades para establecer relaciones interpersonales significativas y tienden a evitar situaciones sociales. Este patrón de comportamiento y pensamiento suele manifestarse en diversos contextos, como el laboral, el académico o el familiar.
25. Los contextos de exclusión social, como la falta de oportunidades laborales y la marginación social, se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar trastornos de personalidad, incluido el trastorno esquizoide. Estos contextos pueden dificultar el establecimiento de relaciones sociales significativas y satisfactorias, lo que a su vez puede llevar a la evitación social característica del trastorno esquizoide. Además, la exclusión social puede hacer que las personas sean más vulnerables a la estigmatización y al prejuicio, lo que podría aumentar la probabilidad de que se les diagnostique erróneamente con un trastorno de personalidad.
26. El trastorno delirante es uno de los trastornos con los que se debe realizar el diagnóstico diferencial del trastorno esquizoide. Ambos trastornos comparten algunos síntomas, como la falta de interés en las relaciones sociales y la apariencia fría y distante. Sin embargo, en el trastorno delirante, la persona tiene ideas delirantes fijas y no cambiantes, mientras que en el trastorno esquizoide, la persona no tiene necesariamente ideas delirantes. Además, en el trastorno delirante, la persona puede mantener cierta relación con la realidad y tener un discurso coherente y estructurado, mientras que en el trastorno esquizoide, la persona puede tener dificultades para comunicarse y expresar sus pensamientos y sentimientos.
27. ¿Qué diferencia al trastorno esquizoide del trastorno esquizotípico? Aunque ambos trastornos comparten algunos rasgos, como la falta de interés en las relaciones sociales, el trastorno esquizotípico se caracteriza por la presencia de distorsiones cognitivas y perceptivas, como ideas extrañas, pensamiento mágico o ilusiones, que no están presentes en el trastorno esquizoide. Además, el trastorno esquizotípico suele estar asociado con un mayor riesgo de desarrollar un trastorno psicótico en comparación con el trastorno esquizoide.
28. La diferencia principal entre el aislamiento social en el trastorno esquizoide y el trastorno evitativo de la personalidad es la motivación subyacente. En el trastorno esquizoide, el deseo de relacionarse con otros es muy limitado o está ausente, mientras que en el trastorno evitativo de la personalidad, hay un deseo de relacionarse con otros pero el miedo a no saber cómo comportarse y la anticipación de rechazo pueden llevar a la evitación de situaciones sociales. Por lo tanto, la opción correcta es: "El deseo de relacionarse con otros es muy limitado o está ausente" para el trastorno esquizoide, y "El miedo a no saber cómo comportarse y la anticipación de rechazo" para el trastorno evitativo de la personalidad.
29. Según el DSM-5, los criterios para el diagnóstico del Trastorno de la personalidad esquizotípica incluyen una serie de características, como patrones de pensamiento y percepción peculiares,

excentricidad en el comportamiento, y dificultades en las relaciones interpersonales. Uno de estos criterios es la presencia de ideas de referencia, que son experiencias subjetivas de que eventos externos tienen un significado personal especial, pero sin llegar al nivel de delirios de referencia. En cambio, los delirios de referencia implican una creencia firme y fija de que ciertos eventos están relacionados específicamente con uno mismo. Por lo tanto, es importante hacer esta distinción en el diagnóstico del Trastorno de la personalidad esquizotípica.

30. Según el modelo alternativo para el Trastorno de la Personalidad Esquizotípico, la dificultad para comprender el impacto de las propias conductas sobre los demás está relacionada con el área de funcionamiento de la personalidad de la empatía. Las personas con este trastorno pueden tener una profunda dificultad para entender cómo sus comportamientos pueden afectar a los demás y pueden tener frecuentes malas interpretaciones de las motivaciones y comportamientos de los demás. Esta dificultad para la empatía puede ser un obstáculo importante para desarrollar relaciones interpersonales saludables y satisfactorias.
31. El principal predictor de la aparición de esquizofrenia en pacientes con trastorno esquizotípico, según estudios de seguimiento, son los delirios de referencia, no los comportamientos estereotipados ni las ideas de referencia. Otros factores que también pueden aumentar el riesgo de desarrollar esquizofrenia en estos pacientes son el pensamiento mágico y el aislamiento social. Es importante destacar que aunque la mayoría de los pacientes con trastorno esquizotípico no desarrolla esquizofrenia u otra psicosis, los episodios psicóticos breves son relativamente frecuentes, especialmente en situaciones de estrés. Sin embargo, la corta duración de estos episodios hace que se descarte la presencia de un trastorno psicótico breve o esquizofreniforme.
32. La relación entre el trastorno esquizotípico y la esquizofrenia es compleja y aún no está completamente comprendida. Sin embargo, hay evidencia de que ambos trastornos comparten algunos síntomas y características, como la presencia de ideas de referencia, pensamiento mágico, aislamiento social y disfunción cognitiva. Además, los estudios de historia familiar han demostrado que los familiares de personas con trastorno esquizotípico tienen un mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia, y viceversa. Aunque algunos estudios sugieren que el trastorno esquizotípico puede ser una variante leve de la esquizofrenia, otros sugieren que es un trastorno distinto, pero que comparte algunas características con la esquizofrenia y otros trastornos del espectro psicótico. En cuanto a la respuesta al tratamiento, algunos estudios han encontrado que los pacientes con trastorno esquizotípico responden mejor a los tratamientos antipsicóticos que los pacientes con esquizofrenia, lo que sugiere que estos trastornos pueden ser distintos en términos de fisiopatología y respuesta al tratamiento.
33. La esquizotipia es un término más amplio que se refiere a un continuo de rasgos de personalidad que pueden estar presentes en distintos grados en la población general, desde rasgos leves hasta síntomas psicóticos completos. En cambio, el trastorno esquizotípico es un trastorno específico del espectro psicótico que se diagnostica cuando los rasgos de esquizotipia están presentes en un grado clínicamente significativo y se acompañan de un deterioro en el funcionamiento social, ocupacional o personal. Es importante destacar que el trastorno esquizotípico se encuentra en el continuo de la esquizotipia, pero no todos los individuos con rasgos esquizotípicos desarrollan el trastorno.
34. Según las contribuciones clásicas de Cleckley, el psicópata tiene un perfil clínico que incluye una serie de características, como una apariencia exterior de normalidad, encanto superficial, egocentrismo, falta de remordimiento o culpa, impulsividad y falta de responsabilidad en su comportamiento. Sin embargo, Cleckley observó que los psicópatas no aprenden de la experiencia o del castigo, y no parecen responder a los sistemas usuales de control e inhibición social. Por lo tanto, la opción

"Respuesta al castigo y a los sistemas usuales de control e inhibición social" no es parte del perfil clínico del psicópata según las contribuciones clásicas de Cleckley.

35. ¿Cuál de las siguientes poblaciones tiende a tener una prevalencia más alta del trastorno antisocial de la personalidad? Es cierto que tanto las personas de niveles socioeconómicos y culturales bajos como la población penitenciaria tienden a tener una prevalencia más alta del trastorno antisocial de la personalidad. Estos factores pueden contribuir a un mayor riesgo de exposición a situaciones estresantes, pobreza y falta de oportunidades, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar el trastorno. Además, la exposición a la violencia y el abuso en la infancia también se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar trastornos de personalidad antisocial en la edad adulta.
36. Si bien ha habido una gran cantidad de investigación neurofisiológica sobre el trastorno de personalidad antisocial (TPA), aún no se ha llegado a un acuerdo unánime sobre las causas neurobiológicas del TPA. Una de las teorías propuestas sugiere que los psicópatas tienen daños o déficits en el lóbulo frontal, que está involucrado en la toma de decisiones y la regulación emocional. Otra teoría sugiere que los psicópatas tienen inmadurez cortical, lo que significa que su corteza prefrontal no se ha desarrollado completamente. Sin embargo, estas teorías no han sido respaldadas de manera unánime por la comunidad científica, y la investigación continúa para comprender mejor la neurobiología del TPA.
37. Aunque se han propuesto diversas hipótesis psicofisiológicas sobre el comportamiento antisocial, ninguna de ellas ha sido demostrada de manera concluyente. En cuanto a la actividad cortical, algunas investigaciones han sugerido que los individuos con comportamiento antisocial tienen un nivel basal de activación cortical más bajo de lo normal, mientras que otras sugieren lo contrario, es decir, que tienen un nivel basal de activación cortical más alto de lo normal. Sin embargo, ninguna de estas hipótesis ha sido respaldada de manera unánime por la investigación neurocientífica.
38. Desde la aparición del DSM-III hasta la versión actual de este manual, la idea de grandiosidad y exhibicionismo ha sido dominante en la conceptualización del trastorno narcisista de la personalidad. La descripción del DSM-5 del trastorno narcisista de la personalidad incluye la grandiosidad, la necesidad de admiración y la falta de empatía como criterios diagnósticos clave. La persona con trastorno narcisista de la personalidad puede mostrar una exagerada autoestima, una sobrevaloración de sus capacidades, una sensación de superioridad frente a los demás y una necesidad de reconocimiento constante. Además, pueden tener una falta de empatía hacia los demás y mostrar poco interés por las necesidades y sentimientos de los demás.
39. La autodirección se refiere a la capacidad de establecer y alcanzar metas personales y objetivos sin depender excesivamente de la aprobación de los demás. En el caso de los individuos con trastorno de la personalidad narcisista, su autodirección se ve limitada debido a su necesidad constante de admiración y reconocimiento por parte de los demás, lo que los lleva a establecer objetivos que les permitan obtener esa aprobación. Por lo tanto, la falta de autodirección y la dependencia excesiva de la aprobación de los demás son rasgos distintivos del trastorno de la personalidad narcisista, según el DSM-5.
40. Los períodos prolongados de grandiosidad y excesiva autoconfianza en personas con trastorno de la personalidad narcisista pueden estar asociados con estados de ánimo hipertímicos o hipomaníacos. Los estados de ánimo hipertímicos son períodos de elevado estado de ánimo, autoestima inflada y excesiva energía, que no llegan al nivel de manía completa. Por otro lado, los estados de ánimo hipomaníacos son similares a los estados de ánimo hipertímicos, pero más intensos y pueden incluir comportamientos impulsivos y de riesgo. Es importante destacar que estos estados de ánimo no son exclusivos del trastorno de la personalidad narcisista y pueden estar presentes en otros trastornos

mentales, como el trastorno bipolar. Además, no todas las personas con trastorno de la personalidad narcisista experimentan estos estados de ánimo.

41. La vulnerabilidad narcisista se refiere a un subtipo de trastorno de la personalidad narcisista que se caracteriza por la inseguridad, la timidez, la vergüenza y otros elementos que pueden debilitar la autoestima. La falta de confianza en uno mismo puede hacer que la persona se sienta incapaz de enfrentar ciertas situaciones, lo que puede aumentar su ansiedad y su vulnerabilidad emocional. Este elemento es diferente de la grandiosidad narcisista, que se caracteriza por la arrogancia, el elitismo y la exageración de la autoestima. Es importante recordar que el narcisismo es un rasgo normal en el proceso de desarrollo del sí mismo, pero cuando se convierte en patológico, puede causar dificultades significativas en la vida de la persona y en sus relaciones interpersonales.
42. Las personas con trastorno histriónico son especialmente vulnerables a las influencias de terceros debido a su alta sugestionabilidad. Esta característica se refiere a la tendencia de estas personas a ser influenciadas con facilidad por las opiniones, sugerencias o actitudes de los demás. Esto puede llevar a que tomen decisiones basadas en las opiniones o deseos de los demás en lugar de en su propia opinión o juicio. La búsqueda de afecto superficial y la inestabilidad emocional también son características comunes en el trastorno histriónico de la personalidad, pero no son las que hacen que estas personas sean particularmente vulnerables a las influencias de terceros. La búsqueda de afecto superficial se refiere a la necesidad de atención constante y aprobación de los demás, mientras que la inestabilidad emocional se caracteriza por cambios rápidos e intensos en el estado de ánimo. Sin embargo, estas características no necesariamente hacen que las personas con trastorno histriónico sean más susceptibles a la influencia de terceros.
43. Las personas con Trastorno Antisocial de Personalidad tienden a actuar impulsivamente, violar los derechos de los demás, mentir con frecuencia y tener un patrón de comportamiento irresponsable y sin remordimientos. También pueden mostrar una falta de empatía y un desprecio por las normas sociales y legales. En contraste, el Trastorno Límite de Personalidad se caracteriza por una inestabilidad emocional y de relaciones interpersonales intensas, mientras que el Trastorno Narcisista de Personalidad se caracteriza por un sentido inflado de autoimportancia y una necesidad de admiración constante.
44. Las personas con Trastorno de Personalidad Evitativo (TPE) a menudo tienen una baja autoestima y una visión negativa de sí mismas en comparación con los demás. Suelen percibirse a sí mismas como socialmente ineptas y poco interesantes, lo que contribuye a su ansiedad social y su evitación de situaciones sociales. Aunque algunos individuos con TPE pueden tener habilidades sociales y ser capaces de interactuar con los demás en situaciones sociales, es común que experimenten sentimientos de inferioridad y falta de confianza en sí mismos en estas situaciones. Estos sentimientos pueden hacer que eviten situaciones sociales o que se sientan incómodos e inseguros cuando se ven obligados a interactuar con los demás.
45. La ansiedad social y el Trastorno de Personalidad Evitativo (TPE) son dos trastornos relacionados con la ansiedad social, pero tienen diferencias fundamentales. La ansiedad social se refiere a una ansiedad intensa y persistente relacionada con situaciones sociales o de desempeño, mientras que el TPE se caracteriza por una evitación crónica e intensa de situaciones sociales debido a un miedo exagerado a ser rechazado, humillado o avergonzado. Una diferencia fundamental entre estos dos trastornos es que la ansiedad social se caracteriza por síntomas físicos de ansiedad y pánico en situaciones temidas, mientras que el TPE se caracteriza por una relativa especificación de la evitación fóbica específica. Por ejemplo, una persona con ansiedad social puede experimentar sudores fríos, taquicardia y temblores

cuando se enfrenta a una situación social temida, mientras que una persona con TPE puede evitar activamente situaciones sociales sin experimentar necesariamente síntomas físicos de ansiedad.

46. Desde una perspectiva biológica, se cree que el Trastorno de Personalidad Evitativo (TPE) puede tener una base genética y estar relacionado con rasgos de personalidad innatos, como la introversión y el neuroticismo extremos. Se ha observado que los familiares de las personas con TPE tienen una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad, lo que sugiere que puede haber una predisposición genética para el trastorno. La introversión se refiere a la tendencia a ser más reservado y retraído en situaciones sociales, mientras que el neuroticismo se refiere a la tendencia a experimentar emociones negativas intensas, como la ansiedad y la tristeza. Las personas con TPE a menudo tienen rasgos de personalidad que se superponen con la introversión y el neuroticismo, lo que puede contribuir a su miedo exagerado a la crítica y al rechazo en situaciones sociales. En resumen, desde una perspectiva biológica, se cree que el TPE puede estar relacionado con rasgos de personalidad innatos, como la introversión y el neuroticismo extremos, que pueden contribuir a la evitación crónica de situaciones sociales y al miedo exagerado a la crítica y al rechazo.
47. Según las investigaciones, una característica de personalidad que se asocia consistentemente con el trastorno de personalidad evitativo (TPE) es el alto neuroticismo y la baja extraversión. El neuroticismo se refiere a la tendencia a experimentar emociones negativas, como la ansiedad y la inseguridad, mientras que la extraversión se refiere a la tendencia a buscar la estimulación y la interacción social. Las personas con TPE a menudo tienen un miedo exagerado a la crítica y al rechazo en situaciones sociales, lo que sugiere un alto nivel de neuroticismo, y también pueden evitar activamente involucrarse en relaciones sociales, lo que sugiere una baja extraversión. Además, se ha encontrado que las personas con TPE tienen un bajo nivel de autoestima y una alta sensibilidad a la evaluación negativa, lo que puede contribuir a su evitación crónica de situaciones sociales. También pueden ser socialmente ineptos y tener dificultades para establecer relaciones íntimas y duraderas.
48. Según la teoría de la personalidad de Millon, el trastorno de personalidad dependiente se caracteriza por una necesidad excesiva de ser cuidado y protegido por los demás, así como por una percepción de sí mismo como incompetente e indefenso sin el apoyo de los demás. Esta sensación de incompetencia e indefensión se origina en la etapa oral del desarrollo psicosexual y puede ser exacerbada por experiencias posteriores de rechazo o abandono. Los individuos con trastorno de personalidad dependiente a menudo experimentan ansiedad y miedo a la separación de sus seres queridos, lo que puede llevarlos a actuar de manera sumisa y complaciente para evitar conflictos o el rechazo. También pueden tener dificultades para tomar decisiones y asumir la responsabilidad de sus propias acciones, prefiriendo dejar que otros tomen las decisiones por ellos.
49. Las personas con Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsivo (TP-OC) tienen una necesidad excesiva de orden, perfección y control, lo que les lleva a establecer reglas, rutinas y rituales rígidos y estrictos. Son personas perfeccionistas, meticulosas, organizadas y detallistas que se enfocan en la tarea a realizar, por lo que tienden a ser altamente productivas. Además, las personas con TP-OC tienen pensamientos y preocupaciones recurrentes y persistentes, llamados obsesiones, que les provocan ansiedad y malestar. Estas obsesiones pueden estar relacionadas con temas como la limpieza, la seguridad, el orden, el control, la religión o la moralidad, entre otros. Para aliviar la ansiedad que les provocan estas obsesiones, realizan comportamientos repetitivos y estereotipados, llamados compulsiones, como lavarse las manos, revisar varias veces que hayan cerrado la puerta con llave o contar cosas. A pesar de ser personas altamente productivas y cumplidoras de las normas, el perfeccionismo excesivo y la necesidad de control pueden interferir en su vida cotidiana y generarles ansiedad y estrés, lo que a su vez puede afectar su desempeño y relaciones interpersonales.

50. El trastorno de personalidad que tiene la mayor variabilidad en la comorbilidad con el TP-OC es el trastorno límite, con una comorbilidad reportada que oscila entre el 9% y el 86%. Esto significa que hay una amplia variabilidad en la frecuencia con la que se presenta el trastorno límite en pacientes con TP-OC, lo que sugiere que puede haber factores adicionales que influyan en la relación entre estos trastornos de personalidad. La comorbilidad con trastornos límite también es común en otros trastornos de personalidad, lo que puede reflejar una superposición en la sintomatología clínica de estos trastornos.
51. El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (TP-OC) pueden compartir algunas características, como la preocupación excesiva por el orden y la perfección. Sin embargo, la principal diferencia entre ambos trastornos radica en la presencia de obsesiones y/o compulsiones. En el TOC, las obsesiones y/o compulsiones son evidentes y causan un gran malestar y disfunción en la vida del individuo, mientras que en el TP-OC, no es necesario que existan obsesiones y/o compulsiones para que se presente el trastorno. En el TP-OC, la rigidez mental, la necesidad de control y el perfeccionismo son características centrales que se manifiestan en diferentes áreas de la vida del individuo, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el manejo del tiempo, entre otros.
52. En el trastorno narcisista de la personalidad, el perfeccionismo se relaciona con una necesidad de ser admirado y reconocido como superior, y los narcisistas a menudo creen que ya han alcanzado la perfección en muchos aspectos de su vida. En contraste, en el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, el perfeccionismo se relaciona con un patrón de pensamiento y comportamiento excesivamente riguroso y meticuloso que busca alcanzar la perfección en todo lo que se hace, y los pacientes con TP-OC siguen persiguiendo la perfección y son muy críticos consigo mismos, incluso cuando otros podrían considerar que han hecho un trabajo excelente.
53. Según la teoría freudiana, una posible causa etiológica del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (TP-OC) es una fijación en la etapa anal del desarrollo psicosexual. Freud sugiere que la persona puede haber tenido dificultades en la resolución de los conflictos relacionados con el control de esfínteres, lo que resulta en una personalidad obsesiva y perfeccionista en la edad adulta. Freud también argumenta que la sobreprotección y la restricción en la expresión de impulsos durante la infancia pueden contribuir al desarrollo del TP-OC.

| **Modelo categorial** | **Modelo dimensional** |
|---|---|
| **Grupo A.**<br>☑ **Paranoide**<br>☑ **Esquizoide**<br>☑ **Esquizotípico** | (1) Problemas en el funcionamiento personal (si-mismo y relaciones interpersonales) |
| **Grupo B.**<br>☑ **Antisocial**<br>☑ **Límite**<br>☑ **Histriónico**<br>☑ **Narcisista** | 2) Presencia de dificultades asociadas con rasgos patológicos de personalidad |

| **Modelo categorial** | **Modelo dimensional** |
|---|---|
| **Grupo C.**<br>☑ **Evitativo**<br>☑ **Dependiente**<br>☑ **Obsesivo-compulsivo** | |

Los autores justificaron esta doble presentación, calificada como «híbrida» por los editores del manual, de manera paradójica. Alegaron que era necesario mantener la clasificación tradicional para preservar la continuidad con la práctica clínica actual mientras se introducía un nuevo enfoque para hacer frente a las deficiencias de la perspectiva actual de los trastornos de la personalidad. Mencionaron dos deficiencias principales: la comorbilidad frecuente entre diferentes trastornos de la personalidad en un mismo paciente y la elevada frecuencia del diagnóstico de TP no especificado.

| **RASGO Y DEFINICIÓN GENERAL** | **FACETAS** |
|---|---|
| **AFECTO NEGATIVO**<br>Experiencias frecuentes e intensas de niveles elevados de varios emociones negativos (p. ej, ansiedad, depresión, culpa o vergüenza, preocupación, ira) y sus manifestaciones conductuales (p, ej, autolesiones) e interpersonales (p. ej, dependencia). | ☑ Inestabilidad (emocional)<br>☑ Ansiedad<br>☑ Inseguridad de separación<br>☑ Sumisión<br>☑ Hostilidad<br>☑ perseverancia<br>☑ Depresión<br>☑ Desconfianza<br>☑ afecto restringido |
| **DESAPEGO**<br>Evitación de lo experiencia socio-emocional, que incluye tanto rehuir las interacciones interpersonales (incluidas las diarias casuales, las amistades, o las relaciones íntimas), como la experiencia y la expresión afectivas, que están restringidas, en particular la capacidad hedónica. | ☑ Evitación social<br>☑ Evitación intimidad<br>☑ Anhedonia<br>☑ Depresión<br>☑ Afecto restringido<br>☑ Suspicacia |
| **ANTAGONISMO**<br>Conductas que sitúan al individuo en conflicto con otras personas, con un sentido exagerado de la propia | ☑ Manipulación<br>☑ Falsedad |



CC BY NC ND

| RASGO Y DEFINICIÓN GENERAL | FACETAS |
|---|---|
| importancia y la consiguiente expectativa de merecer un trato especial, así como antipatía insensible hacia los otros, que abarca falta de conciencia de las necesidades y sentimientos de los demás, y predisposición a utilizar el los otros en beneficio propio. | ☑ Grandiosidad<br>☑ Búsqueda de atención<br>☑ Insensibilidad<br>☑ Hostilidad |
| **DESINHIBICIÓN**<br>Orientación hacia la satisfacción inmediata, que conlleva comportamientos impulsivos, producidos por pensamientos, sentimientos y estímulos actuales externos, sin tener en cuenta aprendizajes del pasado o consecuencias futuras. | ☑ a Irresponsabilidad<br>☑ Impulsividad<br>☑ Distraibilidad<br>☑ Asunción de riesgos<br>☑ Perfeccionismo (ausencia o carencia) |
| **PSICOTICISMO**<br>Amplia gama de conductas y cogniciones incongruentes y extrañas, excéntricos o inusuales culturalmente, incluyendo tanto el proceso (p. ej, la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej, las creencias). | ☑ Creencias y experiencias inusuales<br>☑ Excentricidad<br>☑ Desregulación cognitiva y perceptiva |

***DSM-5: Facetas de los rasgos patológicos de la personalidad***

| CIE-11 | Comparación | DSM-5 |
|---|---|---|
| **GRAVEDAD** | | **CRITERIO A: FUNCIONAMIENTO PERSONAL** |
| — | No ha lugar | 0) No deterioro |
| Dificultades personales | ≠ | 1) Algún deterioro |
| Leve | = | 2) Deterioro moderado |
| Moderado | = | 3) Deterioro grave |
| Grave | = | 3) Deterioro extremo |



CC BY NC ND

| **CIE-11** | **Comparación** | **DSM-5** |
|---|---|---|
| **RASGOS** | | **CRITERIO B: RASGOS** |
| Afectividad negativa | = | Afectividad negativa |
| Desapego | = | Desapego |
| Desinhibición | = | Desinhibición |
| Anti-sociabilidad | = | Antagonismo |
| Anancastia | ≠ | Psicoticismo |

***Comparación de los criterios diagnósticos generales para los trastornos de la personalidad de la CIE-11 y el DSM-5. El umbral mínimo para un diagnóstico de TP es gravedad leve (CIE-11) o deterioro moderado (DSM-5). Adaptada de Bach y First (2018)***

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de la personalidad paranoide según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO 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:

- ☑ Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.
- ☑ Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.
- ☑ Poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.
- ☑ Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.
- ☑ Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).
- ☑ 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.
- ☑ Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.

**CRITERIO 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).



CC BY NC ND

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de la personalidad esquizoide según el DSM-5 (APA, 2013)**

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

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

**CRITERIO 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).

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de la personalidad esquizotípica según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO A.** Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

- ☑ Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).
- ☑ Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un «sexto sentido»; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes).
- ☑ Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.
- ☑ Pensamientos y discurso extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, superelaborado o estereotipado).
- ☑ Suspicacia o ideas paranoides.
- ☑ Afecto inapropiado o limitado.
- ☑ Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
- ☑ No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
- ☑ Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.

**CRITERIO 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 esquizotípica (previo).

**Modelo alternativo para el trastorno de la personalidad esquizotípico.**

**CRITERIO A.** Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por dificultades en dos o más de las cuatro áreas siguientes:

☑ **Identidad:** límites confusos entre el yo y los demás; autoconcepto distorsionado; expresión emocional a menudo no congruente con el contexto o la experiencia interna.
☑ **Autodirección:** metas irreales o incoherentes; no poseen ningún conjunto claro de normas internas.
☑ **Empatía:** profunda dificultad para la comprensión del impacto de las propias conductas sobre los demás; frecuentes malas interpretaciones de las motivaciones y comportamientos de los demás.
☑ **Intimidad:** dificultad considerable para desarrollar relaciones íntimas, asociada con la desconfianza y la ansiedad,

**CRITERIO B.** Cuatro o más de los siguientes seis rasgos patológicos:

☑ Desregulación cognitiva y perceptiva (faceta del psicoticismo).
☑ Creencias y experiencias inusuales (faceta del psicoticismo).
☑ Excentricidad (faceta del psicoticismo).
☑ Afectividad restringida (faceta del desapego).
☑ Distanciamiento (faceta del desapego).
☑ Desconfianza (faceta del desapego).

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de la personalidad antisocial según el DSM-5 (APA, 2013)**

**CRITERIO 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:

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

**CRITERIO B.** El individuo tiene como mínimo 18 años.

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

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

***Criterios para el diagnóstico del Trastorno de la personalidad límite según el DSM-5 (APA, 2013)**

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:

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

**** No es materia de examen***

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de la personalidad narcisista según el DSM-5 (APA, 2013)**

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

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

**Modelo alternativo para el trastorno de la personalidad narcisista.**

**CRITERIO A.** Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por dificultades en **dos o más** de las cuatro áreas:



CC BY NC ND

**Modelo alternativo para el trastorno de la personalidad narcisista.**

☑ **identidad:** referencia excesiva a los demás para lo autodefinición y regulación de la autoestima; autoevaluación exagerada o subestimada, u oscilando entre los extremos; la regulación emocional refleja las fluctuaciones en la autoestima,
☑ **Autodirección:** establecimiento de objetivos basados en le obtención de aprobación de los demás, estándares personales excesivamente elevados con el fin de verse a uno mismo como algo excepcional, e demasiado bajos en base a un sentido de «tener derecho»; a menudo no son conscientes de sus propias motivaciones.
☑ **Empatía:** deterioro de la capacidad para reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los otros; pendiente en exceso de los reacciones de los demás, pero solo de quienes considera relevantes; sobre- o subestimación del efecto que causa en los demás.
☑ **intimidad:** relaciones en gran medido superficiales, que se entablan para la regulación de la autoestima; reciprocidad restringida y con poco interés genuino en los experiencias de los demás; predominio de la necesidad de obtener beneficios personales.

**CRITERIO B.** Ambos rasgos patológicos de personalidad (facetas del antagonismo):
☑ Grandiosidad.
☑ Búsqueda de atención.

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de la personalidad histriónico según el DSM-5 (APA, 2013)**

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:

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

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de la personalidad evitativo según el DSM-5 (APA, 2013)**

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:

☑ Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.
☑ Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás, a no ser que esté seguro de ser apreciado.
☑ Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.
☑ Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
☑ Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.
☑ Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
☑ Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.

**Modelo alternativo para el trastorno de la personalidad evitativo.**

**CRITERIO A.** Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por dificultades es **dos (o más)** de las cuatro áreas:

☑ **identidad:** baja autoestima asociada con autoevaluación de socialmente inepto, poco atractivo o inferior y sentimientos excesivos de vergüenza.
☑ **Autodirección:** estándares poco realistas de comportamiento asociados con la renuencia a perseguir sus objetivos, asumir riesgos personales o participar en nuevas actividades que impliquen contacto interpersonal.
☑ **Empatía:** preocupación y sensibilidad a la crítica o al rechazo, asociadas a inferencia distorsionada de las interpretaciones de los demás.
☑ **intimidad:** reticencia a involucrarse con las personas, salvo que esté seguro que es aceptado; baja reciprocidad en las relaciones intimas debido al temor de ser avergonzado o ridiculizado,

**CRITERIO B. Tres (o más)** de los siguientes cuatro rasgos patológicos de personalidad, uno de los cuales debe ser ansiedad.

☑ Ansiedad (faceta de la afectividad negativa).
☑ Distanciamiento (faceta del desapego).
☑ Anhedonia (faceta del desapego).
☑ Evitación de la intimidad (faceta del desapego)

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de la personalidad dependiente según el DSM-5 (APA, 2013)**

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

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

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (TP-OC) según el DSM-5 (APA, 2013)**

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:

**Criterios para el diagnóstico del Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (TP-OC) según el DSM-5 (APA, 2013)**

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

**Modelo alternativo para el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (TP-OC).**

**CRITERIO A.** Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por dificultades en dos o más de las cuatro áreas:

☑ **identidad:** autopercepción derivada principalmente del trabajo. o la productividad; experiencia y expresión constreñida emociones intensas.
☑ **Autodirección:** dificultad para completar tareas y realizar metas, asociados con normas internas de comportamiento rígidas e irrazonablemente elevadas e inflexibles; actitudes
excesivamente concienzudas y moralistas.
☑ **Empatía:** dificultad para entender y apreciar las ideas,
sentimientos o comportamientos de los demás.
☑ **intimidad:** las relaciones se ven como algo secundario al trabajo y a la productividad; la rigidez y la terquedad afectan negativamente a las relaciones con Jos demás.

**CRITERIO B. Tres (o más)** de los siguientes cuatro rasgos patológicos de personalidad, uno de los cuales debe ser perfeccionismo rígido:

☑ Perfeccionismo rígido (faceta de la escrupulosidad, extremo opuesto de desinhibición).
☑ Perseverancia o persistencia (faceta de la afectividad negativa).
☑ Evitación de la intimidad (faceta del desapego).
☑ Afectividad restringida (faceta del desapego).

Si encuentras errores gramaticales, de ortografía, duplicidades, cualquier otro error, o quieres añadir algo, puedes compartirlo haciendo **clic aquí** y lo solucionamos.



CC BY NC ND