GRUPO BLR

PSICOPATOLOGÍA DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR: **ENFOQUE CLÍNICO PARA LA EVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO**

ISBN: 978-9907-852-12-7

Yadira Liliana Sánchez Padilla
Kristhel Deleth Curillo Cagua
Yuneisy Gively Suárez Ordóñez
Mauricio Rodrigo Placencio Loayza

2026

PSICOPATOLOGÍA DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR: ENFOQUE CLÍNICO PARA LA EVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO

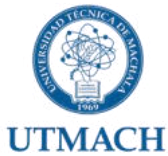
Yadira Liliana Sánchez Padilla

Kristhel Deleth Curillo Cagua

Yuneisy Gively Suárez Ordóñez

Mauricio Rodrigo Placencio Loayza

AUTORES



Este libro ha sido debidamente examinado y valorado en la modalidad doble par ciego con fin de garantizar la calidad científica.

©Grupo Editorial BLR
Universidad Técnica de Machala
Riobamba – Ecuador
Correo: publicaciones@grupoblr.com
https://grupoblr.com/libros-investigo
REPOSITORIO

Sánchez, Y., Curillo., K., Suárez, Y., Placencio, M. (2026) Psicopatología del adulto y adulto mayor: Enfoque clínico para la evaluación y el diagnóstico. Grupo Editorial BLR.

© Yadira Liliana Sánchez Padilla
Kristhel Deleth Curillo Cagua
Yuneisy Gively Suárez Ordóñez
Mauricio Rodrigo Placencio Loayza

Psicopatología del adulto y adulto mayor: Enfoque clínico para la evaluación y el diagnóstico.

ISBN: 978-9907-852-12-7

El copyright promueve la libertad de expresión, protege la diversidad de ideas y conocimiento, además apoya la libre expresión. Se prohíbe de manera rigurosa la producción o el almacenamiento de esta publicación, ya sea en su totalidad o en parte, está estrictamente prohibido por ley, incluyendo el diseño de la portada, así como su difusión a través de cualquiera de sus medios, ya sean electrónicos, mecánicos, ópticos, de grabación o incluso de fotocopia, sin permiso de los propietarios de los derechos de autor.

Filiación de autores

Yadira Liliana Sánchez Padilla

Universidad Técnica de Machala

Correo Electrónico: ysanchez@utmachala.edu.ec

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8380-6434

Kristhel Deleth Curillo Cagua

Universidad Técnica de Machala

Correo Electrónico: delethcagua0@gmail.com

ORCID: https://orcid.org/0009-0001-2514-2385

Yuneisy Gively Suárez Ordóñez

Universidad Técnica de Machala

Correo Electrónico: yuneisySuarez21@hotmail.com

ORCID: https://orcid.org/0009-0003-4470-718X

Mauricio Rodrigo Placencio Loayza

Universidad Técnica de Machala

Correo Electrónico: mplacencio@utmachala.edu.ec

ORCID: https://orcid.org/0009-0005-0214-2349

INTRODUCCIÓN

En el contexto contemporáneo de la salud mental, la psicopatología se consolida como un campo esencial para la comprensión científica y clínica de los trastornos mentales, particularmente en poblaciones adultas y adultas mayores. El incremento sostenido de la esperanza de vida, junto con la transición epidemiológica global, ha dado lugar a una mayor prevalencia de trastornos neurocognitivos y condiciones asociadas al deterioro funcional, posicionando estos cuadros como un desafío prioritario para los sistemas de salud y para la formación de profesionales clínicos.

En este escenario, la formación en psicopatología exige no solo el dominio de criterios diagnósticos, sino también el desarrollo de habilidades de razonamiento clínico, análisis diferencial y comprensión integral del paciente desde una perspectiva biopsicosocial. Sin embargo, muchos textos disponibles presentan información fragmentada, excesivamente teórica o poco articulada con la práctica clínica, lo que dificulta su aplicación en contextos reales de evaluación e intervención.

El presente libro surge como respuesta a esta necesidad formativa. Su propósito es ofrecer un recurso académico que integre rigurosidad conceptual, claridad expositiva y aplicabilidad clínica, orientado a estudiantes de psicología y ciencias de la salud. A través de una organización sistemática y un enfoque didáctico centrado en el aprendizaje activo, esta obra busca facilitar la comprensión de los principales trastornos psicopatológicos del adulto y adulto mayor, promoviendo una formación sólida, crítica y contextualizada.

Objetivo general del libro

El objetivo general de esta obra es proporcionar al estudiante de psicología clínica una comprensión sistemática, actualizada y aplicada de los principales trastornos psicopatológicos del adulto y del adulto mayor, a partir de los criterios diagnósticos del DSM-5-TR y desde un enfoque biopsicosocial que integra el conocimiento teórico con el razonamiento clínico.

En términos de competencias, el libro pretende que el lector sea capaz de identificar y describir los criterios diagnósticos centrales de cada trastorno, analizar sus características clínicas diferenciales, aplicar el razonamiento diagnóstico en la evaluación de casos reales y comprender la relevancia epidemiológica y funcional de cada cuadro clínico. A lo largo de los capítulos se promueve también el pensamiento crítico, la capacidad de síntesis y la transferencia del conocimiento a situaciones concretas de práctica profesional.

El enfoque teórico-clínico adoptado es predominantemente categorial y basado en evidencia, articulado en torno a los criterios del DSM-5-TR (APA, 2023), sin renunciar a una mirada biopsicosocial que contempla los factores de riesgo genéticos, neurobiológicos, psicológicos y contextuales en la comprensión de cada trastorno. Este libro está dirigido principalmente a estudiantes de grado y posgrado en psicología clínica, aunque también puede ser de utilidad para otros profesionales de la salud mental —psiquiatras en formación, trabajadores sociales, enfermeros de salud mental— que busquen un recurso de consulta estructurado y pedagógicamente articulado.

Estructura del libro

El libro está organizado en cuatro capítulos temáticos que avanzan desde los trastornos de base neurológica hacia condiciones de creciente prevalencia en la práctica psicológica contemporánea. Esta secuencia no es arbitraria: responde a una lógica que va de lo orgánico a lo funcional, de lo más delimitado a lo más transdiagnóstico, facilitando al estudiante la comprensión progresiva de la psicopatología como campo integrado.

El Capítulo 1, titulado Trastornos neurocognitivos y neurológicos inducidos, abre el libro con el estudio de cinco grandes síndromes neurocognitivos: el delirium, el trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer, el trastorno con cuerpos de Lewy, el trastorno neurocognitivo vascular y el trastorno neurocognitivo secundario a traumatismo cerebral. Su aportación al conjunto del libro es doble: introduce al estudiante en la lógica diagnóstica sistemática que se aplicará en los capítulos siguientes, y sienta las bases neurobiológicas sobre las que se asientan muchos de los cuadros clínicos posteriores. La estructura modular de este capítulo —con apartados fijos de etiología, criterios, especificaciones, factores de riesgo, características diagnósticas, prevalencia y diagnóstico diferencial— constituye el modelo pedagógico que atraviesa toda la obra.

El Capítulo 2, Trastornos psicóticos y afectivos graves, aborda de manera integrada el espectro de la esquizofrenia —incluyendo el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizofreniforme y el trastorno esquizoafectivo— junto con los trastornos bipolares (tipos I y II, trastorno ciclotímico) y los principales trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente y trastorno disfórico premenstrual). Este capítulo constituye el núcleo de mayor densidad clínica del libro, dado el peso que estos

trastornos tienen en la consulta psicológica y psiquiátrica, y su estudio permite al estudiante familiarizarse con cuadros de alta complejidad diagnóstica y significativo impacto funcional.

El Capítulo 3, Trastornos anímicos, centra su atención en la respuesta psicológica al estrés y al trauma, desarrollando en profundidad el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés agudo, junto con los trastornos de adaptación. Más que un capítulo sobre ansiedad en sentido amplio, su aportación específica radica en la comprensión de cómo los eventos vitales adversos se traducen en síntomas de intrusión, evitación, alteraciones cognitivas y reactividad fisiológica, ofreciendo al lector una visión contextualizada del sufrimiento psíquico.

Por último, el Capítulo 4, Trastornos somáticos, sexuales y del sueño, examina el consumo problemático de alcohol, estimulantes, depresores, alucinógenos y otras sustancias psicoactivas, así como los trastornos adictivos no relacionados con sustancias —con especial atención al juego patológico—. Este capítulo cierra el libro con un enfoque biopsicosocial que pone de relieve la interacción de factores biológicos, psicológicos y contextuales en el desarrollo y mantenimiento de las adicciones, completando así un panorama psicopatológico amplio y clínicamente pertinente.

Características pedagógicas del libro

Uno de los rasgos más distintivos de este libro es su cuidado diseño pedagógico. Cada capítulo se abre con un Resumen del capítulo que ofrece una visión panorámica de los contenidos y anticipa su relevancia clínica, seguido de un Esquema del capítulo que presenta la estructura detallada de los temas. Antes de iniciar la lectura, el estudiante encuentra

Preguntas de enfoque organizadas en dos niveles: preguntas de comprensión, orientadas a verificar el dominio conceptual, y preguntas de conocimiento aplicado, que promueven el razonamiento clínico y el diagnóstico diferencial. Al inicio de cada capítulo se formulan también los Objetivos de aprendizaje, que guían la lectura y permiten al estudiante autoevaluar su progreso.

A lo largo del cuerpo teórico, el libro incorpora tablas de diagnóstico diferencial, criterios diagnósticos sistematizados y adaptados del DSM-5-TR, y apartados de características diagnósticas y funciones cognitivas asociadas que permiten una lectura tanto secuencial como de consulta puntual. Cada capítulo concluye con secciones de aplicación práctica —denominadas ¡A la práctica! — que incluyen casos clínicos comentados, preguntas de análisis y actividades de síntesis diseñadas para consolidar el aprendizaje. Se incorporan además referencias a recursos audiovisuales, como videos explicativos y películas con lectura clínica, que amplían la comprensión desde perspectivas diversas y facilitan la conexión del conocimiento con manifestaciones reales.

Desde el punto de vista epistemológico, el libro adopta el marco clasificatorio del DSM-5-TR, como referente diagnóstico principal, sin perder de vista la perspectiva biopsicosocial en la comprensión etiológica de los trastornos. Este posicionamiento permite al estudiante familiarizarse con los criterios diagnósticos vigentes en la práctica clínica internacional, al tiempo que desarrolla una mirada crítica e integradora que va más allá de la mera aplicación de categorías.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN ..... **i**

ÍNDICE ..... **vi**

ÍNDICE DE TABLAS ..... **xxi**

ÍNDICE DE FIGURAS ..... **xxiv**

1 TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS Y NEUROLÓGICOS INDUCIDOS **26**

1.1 Preguntas de enfoque 27

1.2 Objetivos de aprendizaje 28

1.3 Trastornos Neurocognitivos 28

1.4 Delirium 30

1.4.1 Etiología 30

1.4.2 Especificaciones 31

1.4.3 Factores de riesgo 32

1.4.4 Características diagnósticas 33

1.4.5 Funciones asociadas 34

1.4.6 Prevalencia y diagnóstico 34

1.5 Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer 38

1.5.1 Etiología 38

1.5.2 Factores de riesgo 40

1.5.3 Características diagnósticas 42

1.5.4 Funciones asociadas 43

1.6 Prevalencia 43

1.7 Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy 46

1.7.1 Etiología 46

1.7.2 Factores de riesgo 47

1.7.3 Características diagnósticas 48

1.7.4 Funciones asociadas 50

1.7.5 Prevalencia y diagnóstico 50

1.8 Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve 52

1.8.1 Etiología 52

1.8.2 Factores de riesgo 54

1.8.3 Características diagnósticas 55

1.8.4 Funciones asociadas 56

1.8.5 Prevalencia y diagnóstico 57

1.9 Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a un traumatismo cerebral 59

1.9.1 Etiología 60

1.9.2 Factores de riesgo 61

1.9.3 Características diagnósticas 61

1.9.4 Funciones asociadas 63

1.9.5 Prevalencia y diagnóstico 64

CAPÍTULO II 67

2 TRASTORNOS PSICÓTICOS Y EFECTOS GRAVES 67

2.1 Preguntas de enfoque 68

2.2 Objetivos de aprendizaje 69

2.3 Trastornos Psicóticos y Afectivos Graves 69

2.4 Trastorno delirante 71

2.4.1 Etiología 71

2.4.2 Especificaciones 72

2.4.3 Factores de riesgo 74

2.4.4 Características diagnósticas 75

2.5 Funciones asociadas 76

2.5.1 Prevalencia y diagnóstico 76

2.6 Trastorno psicótico breve 80

2.6.1 Etiología 80

2.6.2 Especificaciones 81

2.6.3 Factores de riesgo 81

2.6.4 Características diagnósticas 83

2.6.5 Funciones asociadas 84

2.7 Prevalencia y diagnóstico 85

2.8 Trastorno esquizofreniforme 88

2.8.1 Etiología 89

2.8.2 Especificadores 90

2.8.3 Factores de riesgo 90

2.8.4 Características diagnósticas 91

2.8.5 Funciones asociadas 91

2.8.6 Prevalencia y diagnóstico 92

2.8.7 Esquizofrenia 94

2.8.8 Etiología 94

2.8.9 Especificadores 96

2.8.10 Factores de riesgo 97

2.8.11 Características diagnósticas 99

2.8.12 Funciones asociadas 100

2.9 Prevalencia y diagnóstico 101

2.10 Trastorno Esquizoafectivo 105

2.10.1 Etiología 105

2.10.2 Especificadores 106

2.10.3 Factores de riesgo 108

2.10.4 Características diagnósticas 108

2.10.5 Funciones asociadas 109

2.10.6 Prevalencia y diagnóstico 110

2.11 Trastorno Bipolar 114

2.11.1 Etiología 114

2.12 Trastorno Bipolar I 114

2.12.1 Especificaciones 118

2.12.2 Factores de riesgo 119

2.12.3 Características diagnósticas 120

2.12.4 Funciones asociadas 121

2.12.5 Prevalencia y diagnóstico 121

2.13 Trastorno Bipolar II 127

2.13.1 Especificaciones 130

2.13.2 Factores de riesgo 132

2.13.3 Carácterísticas diagnósticas 133

2.13.4 Funciones asociadas 134

2.13.5 Prevalencia y diagnóstico 135

2.14 Trastorno ciclotímico 138

2.14.1 Etiología 138

2.14.2 Características diagnósticas 139

2.14.3 Funciones asociadas 140

2.14.4 Prevalencia 141

2.15 Trastorno Bipolar y Trastornos Relacionado Inducido por Sustancias/Medicamentos 144

2.15.1 Etiología 144

2.15.2 Especificaciones 145

2.15.3 Características diagnósticas 146

2.15.4 Funciones asociadas 147

2.15.5 Prevalencia y diagnóstico 147

2.16 Trastorno De Depresión Mayor 150

2.16.1 Etiología 150

2.16.2 Especificaciones 153

2.16.3 Características diagnósticas 154

2.16.4 Funciones asociadas 156

2.16.5 Prevalencia 157

2.17 Trastorno depresivo persistente 161

2.17.1 Etiología 161

2.17.2 Especificaciones 163

2.17.3 Características diagnósticas 164

2.17.4 Funciones asociadas 165

2.17.5 Prevalencia 166

2.18 Trastorno disfórico premenstrual 169

2.18.1 Etiología 169

2.18.2 Características diagnósticas 171

2.18.3 Funciones asociadas 172

2.18.4 Prevalencia 173

CAPÍTULO III 178

3 TRASTORNOS ANÍMICOS 178

3.1 Preguntas de enfoque 179

3.2 Objetivos de aprendizaje 180

3.3 Trastornos Anímicos 180

3.4 Trastorno de Ansiedad Social 182

3.4.1 Etiología 182

3.4.2 Especificaciones 183

3.4.3 Factores de riesgo 184

3.4.4 Características diagnósticas 185

3.4.5 Funciones asociadas 186

3.4.6 Prevalencia 186

3.5 Trastorno de pánico 190

3.5.1 Etiología 191

3.5.2 Factores de riesgo 192

3.5.3 Características diagnósticas 193

3.5.4 Funciones asociadas 193

3.5.5 Prevalencia 194

3.6 Agorafobia 197

3.6.1 Etiología 197

3.6.2 Factores de riesgo 198

3.6.3 Características diagnósticas 199

3.6.4 Funciones asociadas 200

3.6.5 Prevalencia 201

3.7 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos 205

3.7.1 Etiología 205

3.7.2 Especificaciones 207

3.7.3 Características diagnósticas 208

3.7.4 Funciones asociadas 209

3.8 Trastorno de Ansiedad Generalizada 211

3.8.1 Etiología 211

3.8.2 Factores de riesgo 212

3.8.3 Características diagnósticas 214

3.8.4 Funciones asociadas 215

3.8.5 Prevalencia 215

3.9 Trastorno de Estrés Postraumático 218

3.9.1 Etiología 218

3.9.2 Especificaciones 221

3.9.3 Factores de riesgo 222

3.9.4 Características diagnósticas 223

3.9.5 Funciones asociadas 225

3.9.6 Prevalencia 226

3.10 Trastorno de Estrés Agudo 230

3.10.1 Etiología 230

3.10.2 Factores de riesgo 233

3.10.3 Características diagnósticas 235

3.10.4 Funciones asociadas 236

3.10.5 Prevalencia 236

3.11 Trastorno de adaptación 239

3.11.1 Etiología 239

3.11.2 Especificaciones 240

3.11.3 Factores de riesgo 241

3.11.4 Características diagnósticas 242

3.11.5 Funciones asociadas 242

3.11.6 Prevalencia 243

3.12 Otro Trastorno Relacionado con Traumas y Factores de Estrés…… 246

3.12.1 Especificado 246

3.12.2 Etiología 247

CAPÍTULO IV 251

4 TRASTORNOS SOMÁTICOS SEXUALES Y DEL SUEÑO 251

4.1 Preguntas de enfoque 252

4.2 Objetivos de aprendizaje 252

4.3 Trastorno De Síntomas Somáticos 253

4.3.1 Etiología 253

4.3.2 Especificaciones 254

4.3.3 Factores de riesgo 255

4.3.4 Características diagnósticas 256

4.3.5 Funciones asociadas 257

4.3.6 Prevalencia 258

4.4 Trastorno de ansiedad por enfermedad 261

4.4.1 Etiología 261

4.4.2 Factores de riesgo 263

4.4.3 Características diagnósticas 264

4.4.4 Funciones asociadas 265

4.4.5 Prevalencia 266

4.5 Trastorno de Síntomas Neurológicos Funcionales (Trastorno de Conversión) 270

4.5.1 Etiología 270

4.5.2 Factores de riesgo 272

4.5.3 Características diagnósticas 273

4.5.4 Funciones asociadas 274

4.5.5 Prevalencia 275

4.6 Factores Psicológicos que Influyen en Otras Afecciones Médicas…. 279

4.6.1 Etiología 279

4.6.2 Características diagnósticas 280

4.6.3 Funciones asociadas 282

4.6.4 Prevalencia 282

4.7 Trastorno de insomnio 285

4.7.1 Etiología 285

4.7.2 Especificaciones 286

4.7.3 Factores de riesgo 288

4.7.4 Características diagnósticas 289

4.7.5 Funciones asociadas 290

4.7.6 Prevalencia 291

4.8 Apnea E Hipopnea Obstructiva Del Sueño 295

4.8.1 Etiología 295

4.8.2 Especificaciones 296

4.8.3 Especificaciones 297

4.8.4 Factores de riesgo 297

4.8.5 Características diagnósticas 298

4.8.6 Prevalencia 299

4.9 Trastorno del Sueño Inducido por Sustancias/Medicamentos . 303

4.9.1 Etiología 303

4.9.2 Especificaciones 305

4.9.3 Factores de riesgo 306

4.9.4 Características diagnósticas 306

4.10 Trastorno Eréctil 309

4.10.1 Etiología 309

4.10.2 Criterios diagnósticos 309

4.10.3 Factores de riesgo 311

4.10.4 Características diagnósticas 311

4.10.5 Funciones asociadas 312

4.10.6 Prevalencia 312

4.11 Trastorno Del Interés/ Excitación Sexual Femenino 315

4.11.1 Etiología 316

4.11.2 Factores de riesgo 317

4.11.3 Características diagnósticas 319

4.11.4 Prevalencia 320

4.12 Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo en el Varón 324

4.12.1 Etiología 324

4.12.2 Factores de riesgo 325

4.12.3 Características diagnósticas 327

4.12.4 Prevalencia 327

4.13 Eyaculación Prematura (Precoz) 331

4.13.1 Etiología 331

4.13.2 Factores de riesgo 333

4.13.3 Características diagnósticas 333

4.13.4 Prevalencia 334

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 338

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diagnóstico diferencial. 35

Tabla 2. Diagnóstico diferencial. 44

Tabla 3. Diagnóstico diferencial. 51

Tabla 4. Diagnóstico diferencial. 58

Tabla 5. Diagnóstico diferencial. 65

Tabla 6. Diagnóstico diferencial. 77

Tabla 7. Diagnóstico diferencial. 85

Tabla 8. Diagnóstico diferencial. 93

Tabla 9. Diagnóstico diferencial. 102

Tabla 10. Diagnóstico diferencial. 112

Tabla 11. Diagnóstico diferencial. 123

Tabla 12. Diagnóstico diferencial. 137

Tabla 13. Diagnóstico diferencial. 142

Tabla 14. Diagnóstico diferencial. 148

Tabla 15. Diagnóstico diferencial. 158

Tabla 16. Diagnóstico diferencial. 167

Tabla 17. Diagnóstico diferencial. 174

Tabla 18. Diagnóstico diferencial. 188

Tabla 19. Diagnóstico diferencial. 195

Tabla 20. Diagnóstico diferencial. 202

Tabla 21. Trastorno por consumo según su gravedad 207

Tabla 22. Diagnóstico diferencial. 210

Tabla 23. Diagnóstico diferencial. 216

Tabla 24. Diagnóstico diferencial. 237

Tabla 25. Diagnóstico diferencial. 244

Tabla 26. Diagnóstico diferencial. 258

Tabla 27. Diagnóstico diferencial. 268

Tabla 28. Diagnóstico diferencial. 276

Tabla 29. Diagnóstico diferencial. 283

Tabla 30. Diagnóstico diferencial. 292

Tabla 31. Diagnóstico diferencial. 300

Tabla 32. Diagnóstico diferencial. 307

Tabla 33. Diagnóstico diferencial. 313

Tabla 34. Diagnóstico diferencial. 321

Tabla 35. Diagnóstico diferencial. 328

Tabla 36. Diagnóstico diferencial. 335

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. factores de riesgo predictores del Delirium. 33

Figura 2. Funciones asociadas. 34

Figura 3. Funciones asociadas. 43

Figura 4. Funciones asociadas. 50

Figura 5. Funciones asociadas. 57

Figura 6. Características diagnósticas. 62

Figura 7. Funciones asociadas. 63

Figura 8. Funciones asociadas. 76

Figura 9. Funciones asociadas. 84

Figura 10. Funciones asociadas. 92

Figura 11.Funciones asociadas. 101

Figura 12. Funciones asociadas. 110

Figura 13. Funciones asociadas. 121

Figura 14. Funciones asciadas. 135

Figura 15. Funciones asociadas. 141

Figura 16. Funciones asociadas. 147

Figura 17. Funciones asociadas. 157

Figura 18. Funciones asociadas. 166

Figura 19. Funciones asociadas. 172

Figura 20. Funciones asociadas. 186

Figura 21. Funciones asociadas. 194

Figura 22. Funciones asociadas. 201

Figura 23. Funciones asociadas. 209

Figura 24. Funciones asociadas. 215

Figura 25. Funciones asociadas. 226

Figura 26. Funciones asociadas 236

Figura 27. Funciones asociadas. 243

Figura 28. Funciones asociadas. 257

Figura 29. Funciones asociadas. 266

Figura 30. Funciones asociadas. 275

Figura 31. Funciones asociadas. 282

Figura 32. Funciones asociadas. 291

Figura 33. Funciones asociadas. 312

CAPÍTULO I

1 TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS Y NEUROLÓGICOS INDUCIDOS

Este capítulo aborda cinco grandes síndromes neurocognitivos que afectan principalmente a la población adulta y adulta mayor: el delirium, el trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer, el trastorno neurocognitivo con cuerpos de Lewy, el trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve y el trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a un traumatismo cerebral. Aunque cada uno de estos cuadros clínicos representa una categoría diagnóstica diferenciada en el DSM-5-TR —con etiología, criterios, factores de riesgo y características propias—, todos comparten el deterioro cognitivo adquirido como hilo conductor. Conocerlos con profundidad, y distinguirlos con precisión, es una competencia clínica esencial para cualquier profesional de la salud mental.

El capítulo está organizado de forma modular y comparativa: cada trastorno se presenta a través de apartados fijos (definición, etiología, criterios diagnósticos, especificaciones, factores de riesgo, características diagnósticas, funciones asociadas, prevalencia y diagnóstico diferencial), lo que permite tanto una lectura secuencial como una consulta puntual. Esta estructura repetida no es casual: entrena al estudiante en el razonamiento clínico sistemático que exige la práctica profesional.

Además del contenido conceptual, cada sección concluye con un apartado de práctica ("¡A la práctica!") que incluye casos clínicos,

preguntas de análisis y actividades de síntesis diseñadas para consolidar el aprendizaje mediante la aplicación. Se incorporan también recursos audiovisuales complementarios —videos explicativos y referencias cinematográficas con lectura clínica— que amplían la comprensión desde perspectivas diversas.

1.1 Preguntas de enfoque

a) Preguntas de comprensión

1. ¿Qué caracteriza a los trastornos neurocognitivos y cómo se diferencian de otros trastornos mentales?
2. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos fundamentales del delirium?
3. ¿Qué diferencias existen entre el trastorno neurocognitivo mayor y leve debido a la enfermedad de Alzheimer?
4. ¿Qué características clínicas permiten distinguir el trastorno neurocognitivo con cuerpos de Lewy de otros trastornos neurodegenerativos?

b) Preguntas de conocimiento

5. ¿Cómo influye la identificación de factores de riesgo en la prevención y manejo de los trastornos neurocognitivos en adultos mayores?
6. En un contexto clínico, ¿qué elementos permiten diferenciar un delirium de un trastorno neurocognitivo mayor?
7. ¿De qué manera el deterioro de funciones ejecutivas impacta en la vida cotidiana de un paciente con trastorno neurocognitivo vascular?

8. ¿Por qué es fundamental realizar un diagnóstico diferencial preciso entre Alzheimer, cuerpos de Lewy y demencia vascular para la intervención psicológica?

1.2 Objetivos de aprendizaje

Al finalizar el estudio de este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Identificar las características clínicas y criterios diagnósticos de los principales trastornos neurocognitivos en el adulto y adulto mayor.
2. Analizar las diferencias etiológicas y sintomatológicas entre delirium, enfermedad de Alzheimer, cuerpos de Lewy y trastorno neurocognitivo vascular.
3. Aplicar criterios diagnósticos para la evaluación clínica de casos relacionados con deterioro cognitivo.
4. Diferenciar los trastornos neurocognitivos a partir de su curso, presentación clínica y diagnóstico diferencial.
5. Valorar la importancia del abordaje integral y multidisciplinario en la intervención de estos trastornos.

1.3 Trastornos Neurocognitivos

Aunque el término demencia continúa siendo ampliamente utilizado, los trastornos neurocognitivos constituyen una categoría más amplia de síndromes clínicos definidos por un deterioro cognitivo adquirido, secundario a afecciones médicas o neurológicas y no a trastornos del neurodesarrollo ni a condiciones psiquiátricas primarias (Arrimada, 2021). La OMS reportó que en 2021 la cifra de personas con demencia

fue de 57 millones, con un aumento de 10 millones por año, de los cuales un 60 % a 70 % de los casos son atribuidos a la enfermedad de Alzheimer, lo que posiciona a estos trastornos como la séptima causa de muerte a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

Los trastornos neurocognitivos son más frecuentes en adultos mayores; en Bélgica, por cada 1155 adultos en residencias de ancianos, el 41,8% presenta un trastorno neurocognitivo (Gillis et al., 2025). En un estudio de adultos mayores de India, el trastorno neurocognitivo mayor afectó al 7,2% y el trastorno neurocognitivo leve al 17,6 % (Gross et al., 2024), similar a Corea, donde personas de 65 años o más presentan tasas de prevalencia de TNC mayor y leve de 8,35 % y 11,10 %, respectivamente (Han et al., 2017). El deterioro cognitivo leve alcanza cifras del 23,7 % en la población geriátrica global, lo que evidencia la necesidad de aumento en intervenciones interdisciplinarias (Salari et al., 2025).

En este contexto, el tratamiento es integral y está orientado al cuidado para evitar la progresión de los síntomas y conservar la autonomía del paciente en la medida de lo posible; el abordaje combina intervención farmacológica, como inhibidores de la acetilcolinesterasa y/o memantina, con terapia de tipo conductual, estimulación cognitiva, adaptación al entorno, apoyo psicoeducativo y acompañamiento al cuidador (James, 2014; Viola, 2011). Estudios más recientes confirman que este abordaje integral, individualizado y centrado en la persona y su contexto biopsicosocial es el más efectivo para preservar la funcionalidad y la calidad de vida, tanto del paciente como del cuidador (Ablinger, 2022).

1.4 Delirium

¿Qué es?

El delirium es un trastorno clínico fluctuante caracterizado por una alteración de la conciencia, la cognición y la atención, especialmente de la atención sostenida, selectiva y dividida, que se presenta en un período corto como consecuencia de una afección médica subyacente y puede manifestarse con hiperactividad, hipoactividad o de forma mixta, incluyendo además trastornos del sueño y alteraciones perceptivas (De Lourdes Ramírez Echeverría et al., 2022)

1.4.1 Etiología

Veiga y Cruz (2008) expresan que la fisiopatología del delirio no se comprende completamente y se considera resultado de la interacción entre una vulnerabilidad neurobiológica previa y uno o varios factores precipitantes, los cuales actúan mediante mecanismos como la reducción del metabolismo oxidativo cerebral, la respuesta neuroendocrina al estrés y la liberación de citoquinas, procesos que en conjunto generan una disfunción en áreas corticales y subcorticales responsables del estado de conciencia y la atención.



Criterios diagnósticos

- Una alteración de la atención (p. ej capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia.
- La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días, constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales, y su gravedad tienden a fluctuar a lo largo del día
- Una alteración diagnóstica adicional (p.ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespecial o de la percepción).
- Las alteraciones de los criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma
- En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por sustancias (p.ej., debido a un consumo de drogas o medicamento, una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p. 672), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

1.4.2 Especificaciones

1. Gravedad

- Agudo: Dura pocas horas o días
- Persistente: Dura semanas o meses

2. Nivel de actividad:

- Hiperactivo: El individuo presenta un nivel hiperactivo de actividad psicomotora que puede acompañarse de labilidad afectiva, agitación y/o negativa cooperar con la atención médica
- Hipoactivo: El individuo presenta un nivel Hipoactivo de actividad psicomotora que puede acompañarse de lentitud y letargia cercana al estupor.
- Nivel de actividad mixto: El individuo tiene un nivel de actividad psicomotora normal, aunque la atención y la conciencia están alteradas. Se incluyen también los individuos cuyo nivel de actividad fluctúa rápidamente.

3. Por sustancias:

- Intoxicación
- Abstinencia

alcohol, cannabis, fenciclidina, otro alucinógeno, inhalante, opiáceo, sedante, hipnótico, ansiolítico, sustancia de tipo anfetamínico, cocaína u otras sustancias

¡RECUERDA!

Este diagnóstico debe establecerse en lugar de un **diagnóstico de intoxicación por una sustancia** o **abstinencia de una sustancia**, cuando los síntomas de los criterios A y C predominen en el cuadro clínico y sean lo suficientemente graves para exigir atención clínica



4. Delirium inducido por medicamento: Este diagnóstico se aplica cuando los síntomas de los criterios A y C surgen como efecto secundario de un medicamento tomado con receta.
5. Delirium Debido a otra afección médica: En la anamnesis, exploración física o en análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración puede atribuirse a una consecuencia fisiológica de otra afección médica
6. Delirium debido a etiologías múltiples: En la anamnesis en la exploración física o mediante los análisis clínicos se obtienen evidencias de que el delirium tiene más de una etiología (p ej., más de una afección médica etiológica, otra afección médica más una intoxicación de sustancias o un efecto secundario de un medicamento)

Nota. Información tomada y adaptada de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; pp. 672–674), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

1.4.3 Factores de riesgo

El deterioro funcional, el deterioro cognitivo preexistente, el deterioro sensorial, la edad avanzada, una infección, la depresión, los antecedentes de ictus y un historial de consumo de alcohol, son elementos que pueden aumentar las posibilidades de cursar un delirium. A esto se añaden la gravedad y comorbilidad del cuadro, con otros trastornos como la depresión, el trastorno neurocognitivo (mayor o leve), etc.

Las caídas y el uso de anticolinérgico, no se han considerado como factores de riesgo predictores del Delirium.

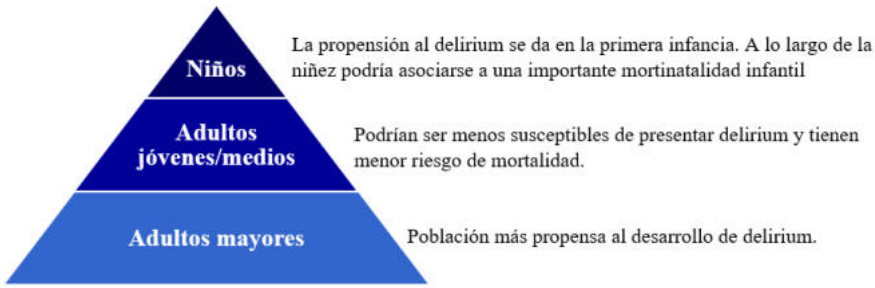


Figura 1. factores de riesgo predictores del Delirium.

Fuente: Información tomada y adaptada de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; p. 677), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

1.4.4 Características diagnósticas

Este trastorno se caracteriza por la dificultad que tiene la persona para manipular su foco de atención, se distrae fácilmente o responde forma perseverante e incoherente (Criterio A). El sujeto presenta una disminución de la conciencia del entorno, es decir tiene problemas para comprender lo que sucede alrededor, pensamiento confuso o menor claridad mental; sin llegar al coma (Criterio D). Es clave identificar que el Delirium aparece rápidamente y fluctúa durante el día con probabilidad de empeorar por la tarde o noche, lo que produce que este no sea estable o se mantenga en un mismo nivel de inconciencia (Criterio B).

Como puntos adicionales podrían existir alteraciones en la memoria reciente, el aprendizaje, la orientación y el lenguaje (Criterio C). Deberá existir una causa médica o fisiológica identificable mediante la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos (Criterio E).

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 675–676), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

1.4.5 Funciones asociadas

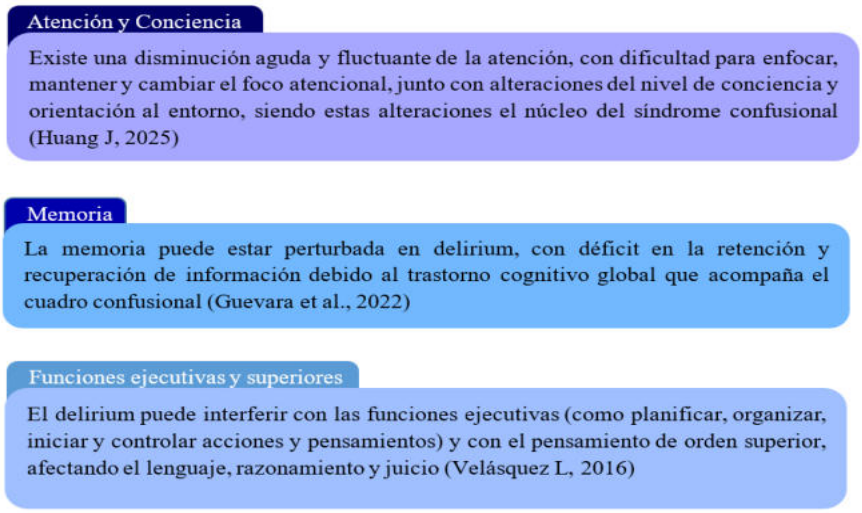


Figura 2. Funciones asociadas.

1.4.6 Prevalencia y diagnóstico

El delirio se presenta con mayor frecuencia en personas adultas mayores y, en este grupo etario, puede constituir la única manifestación de diversas patologías médicas graves (Francis J y Kapoor W., 1990). Un estudio de Inouye et al., (2014) indica que aproximadamente la mitad de los pacientes hospitalizados de 65 años o más cursan con este cuadro.

Asimismo, entre un 15% y un 25% de los adultos mayores desarrollan delirio tras una cirugía electiva mayor, porcentaje que puede incrementarse hasta el 50% en intervenciones de alto riesgo, como la reparación de fractura de cadera o la cirugía cardíaca (Gleason L et al., 2015; Wang et al., 2018). De igual manera, Ely W. et al., (2001) exponen que la prevalencia del delirium puede alcanzar hasta el 80% en pacientes de cualquier edad ingresados en unidades de cuidados intensivos que requieren ventilación mecánica

Tabla 1. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastornos psicóticos/ bipolares/ depresivos con características psicóticas	El delirium que se caracteriza por alucinaciones vívidas delirios alteraciones del lenguaje y agitación debe distinguirse de los trastornos como el trastorno psicótico breve, esquizofrenia, esquizofreniforme y otros trastornos psicóticos, así como de los episodios maniacos depresivos mayores con características psicóticas.
Trastorno de estrés agudo	El delirio asociado a temor ansiedad y síntomas disociativos como la despersonalización, debe distinguirse del trastorno de estrés agudo, que está precipitado por la exposición a un acontecimiento traumático grave
Simulación y trastorno facticio	El delirium puede distinguirse de estos trastornos sobre la base de la presentación sintomática a menudo atípica qué aparece en la simulación y el trastorno facticio y de la ausencia de otra afección médica o sustancia etiológicamente relacionada con la aparente alteración cognitiva

Otros trastornos neuro cognitivos	En primer lugar, debe diferenciarse de los trastornos neurocognitivos mayor y leve**,** aunque ambos pueden presentar alteraciones de la memoria, el lenguaje o la orientación, el delirium se distingue por su inicio agudo, su curso fluctuante y, sobre todo, por la alteración marcada de la atención y del nivel de conciencia**.** En la demencia, por ejemplo, el deterioro suele ser progresivo y estable, y la conciencia generalmente se mantiene clara hasta fases avanzadas. Sin embargo, es importante recordar que una persona con demencia puede desarrollar un delirium superpuesto.

Fuente: Información tomada y adaptada de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; pp. 677-678), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¿AÚN TIENDES DUDAS?

Te invitamos a explorar las siguientes *flip-cards*, diseñadas para reforzar los conceptos clave sobre el delirium de manera dinámica y práctica. A través de preguntas y respuestas breves, podrás repasar definiciones, criterios diagnósticos, funciones cognitivas afectadas y aspectos clínicos esenciales.

¡Desliza cada tarjeta, reflexiona antes de ver la respuesta y pon a prueba tus conocimientos!



https://www.canva.com/design/DAHC9mYbFN0/eANWtMEj_g8igqetWAOvTg/view?utm_content=DAHC9mYbFN0&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=uniquelinks&utlId=h25b0633c6a

¡A la práctica!

Identifica los criterios diagnósticos del siguiente caso clínico:

Paciente: Mujer de 78 años

Antecedentes: Hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y deterioro cognitivo leve. Vive con su hija y era funcional para actividades básicas.

Motivo de ingreso: Hospitalización por neumonía adquirida en la comunidad.

Detalles:

Al segundo día de hospitalización, la hija informa que su madre "no está actuando como siempre". La paciente se muestra:

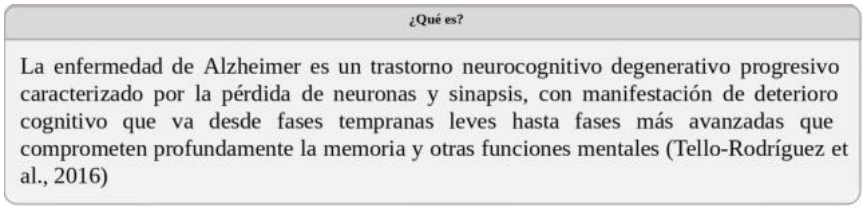
- Desorientada respecto al lugar (cree que está en su casa)
- No puede mantener una conversación porque se distrae fácilmente con ruidos mínimos
- Responde de forma incoherente a preguntas simples
- Presenta momentos en que está somnolienta y otros en que está inquieta e intenta quitarse la vía intravenosa

Durante la noche, el personal de enfermería observa que:

- Está más confusa que en la mañana
- Dice ver "niños corriendo por la habitación"
- No logra concentrarse para contar hacia atrás ni repetir frases sencillas

El examen físico revela fiebre (38.5 °C), taquicardia y deshidratación leve. Los análisis muestran infección activa y alteraciones electrolíticas leves. No hay antecedentes de trastorno psicótico ni consumo reciente de alcohol o drogas.

1.5 Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer



1.5.1 Etiología

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo de origen aún no completamente definido, ya que su desarrollo es multifactorial y se han propuesto diversas hipótesis para explicarlo. El estudio de sus principales lesiones histopatológicas permitió identificar a la proteína tau y al péptido beta-amiloide (Aβ) como elementos centrales en la enfermedad. Tradicionalmente, se consideró que estas moléculas eran la causa principal; sin embargo, investigaciones recientes sugieren que sus alteraciones podrían ser consecuencia de otros procesos patológicos subyacentes (Gómez et al., 2022).

Las dos teorías más relevantes plantean, por un lado, la hiperfosforilación de la proteína tau, que altera su función estructural en los axones y favorece la formación de ovillos neurofibrilares y muerte neuronal; y por otro, la hipótesis amiloide, que describe la acumulación de placas de Aβ debido a un desequilibrio entre su producción y eliminación. En conjunto, estas alteraciones contribuyen a la progresión de la enfermedad, especialmente en ausencia de tratamiento (Téllez et al., 2021).

Criterios diagnósticos

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

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

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

Para el trastorno neurocognitivo mayor:

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

- Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.
- Aparecen los tres siguientes:
- Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).
- Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
- Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

Para el trastorno neurocognitivo leve

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

- Evidencias claras de declive de la memoria y el aprendizaje.
- Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
- Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).
- La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegnerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

Nota. Información tomada y adaptada de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; pp. 690–691), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

1.5.2 Factores de riesgo

Aunque los mecanismos específicos que desencadenan la enfermedad de Alzheimer no se conocen con exactitud, se reconoce que se trata de un trastorno multifactorial influido por distintos factores que pueden aumentar o disminuir su probabilidad de aparición, los cuales se clasifican en modificables y no modificables (Revilla, 2021).

Entre los factores de riesgo modificables destacan la hipertensión arterial en la mediana edad, asociada a daño isquémico de la sustancia blanca; la diabetes mellitus tipo 2, cuyo impacto sobre el riesgo de demencia es mayor cuando se presenta en edades tempranas; la obesidad en la adultez media, identificada como predictor de demencia; el consumo de tabaco, relacionado con atrofia cerebral; y el consumo excesivo de alcohol, que contribuye al daño neuronal, atrofia cerebral y deterioro cognitivo, evidenciándose su asociación con la enfermedad de Alzheimer (Armijos, 2019).

En relación con los factores de riesgo no modificables, estos corresponden a aquellos sobre los cuales no es posible intervenir. Aunque existen varios elementos que incrementan la probabilidad de desarrollar enfermedad de Alzheimer, el que cuenta con mayor respaldo científico es la edad avanzada. No obstante, también influyen otros aspectos como los antecedentes familiares, la carga genética, el sexo y el origen étnico (Revilla, 2021).

- **Edad:** Constituye el principal factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer, ya que después de los 65 años la probabilidad de desarrollarla se incrementa progresivamente, duplicándose aproximadamente cada cinco años (Alzheimer's Association, 2020).
- **Antecedentes familiares:** Aunque no es indispensable contar con historia familiar para padecer la enfermedad, tener un familiar de primer grado con Alzheimer aumenta el riesgo, el cual se incrementa aún más cuando existen varios familiares afectados, lo que puede explicarse tanto por predisposición genética como por factores ambientales y estilos de vida compartidos (Alzheimer's Association, 2019).
- **Alteraciones genéticas:** Determinados genes se asocian con mayor susceptibilidad a desarrollar la enfermedad; se estima que hasta un 70% del riesgo puede estar influido por factores genéticos. En la forma familiar, menos frecuente, se han identificado mutaciones en los genes APP, PSEN1 y PSEN2, mientras que en la forma esporádica destaca la influencia del gen APOE, especialmente el alelo ε4. Asimismo, condiciones genéticas como el síndrome de Down se vinculan con un mayor riesgo de Alzheimer (Silva et al., 2019; Alzheimer's Association, 2020).
- **Sexo:** El sexo femenino se ha identificado como otro factor relevante, dado que la prevalencia de la enfermedad es mayor en mujeres que en hombres, lo que podría relacionarse, entre otros aspectos, con su mayor esperanza de vida (Revilla, 2021).

1.5.3 Características diagnósticas

Más allá del cumplimiento de los criterios del síndrome de trastorno neurocognitivo mayor o leve (Criterio A), las características esenciales incluyen un inicio insidioso y una progresión gradual de los síntomas cognitivos y conductuales. La presentación típica es amnésica, con afectación de la memoria y el aprendizaje. También pueden presentarse formas menos frecuentes, como la variante visoespacial o la afasia logopénica.

En el TNC leve, la enfermedad de Alzheimer se manifiesta típicamente por un deterioro de la memoria y el aprendizaje, que puede acompañarse de déficits en la función ejecutiva (Criterio B). En el TNC mayor, además del compromiso mnésico, se afectan otras funciones cognitivas, como la capacidad visoconstructiva/perceptivo-motora y el lenguaje, especialmente en fases moderadas o graves.

Debe especificarse el nivel de certeza diagnóstica de la etiología como probable o posible (Criterio C). El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer probable se establece cuando existe evidencia genética causal o un cuadro clínico típico sin indicios de etiología mixta. En ausencia de estos elementos, el diagnóstico se considera posible, especialmente en el TNC leve.

Las manifestaciones clínicas no deben sugerir otra etiología primaria distinta de la enfermedad de Alzheimer (Criterio D). Si la etiología es mixta, el diagnóstico debe formularse como trastorno neurocognitivo debido a múltiples etiologías.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 691), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

1.5.4 Funciones asociadas

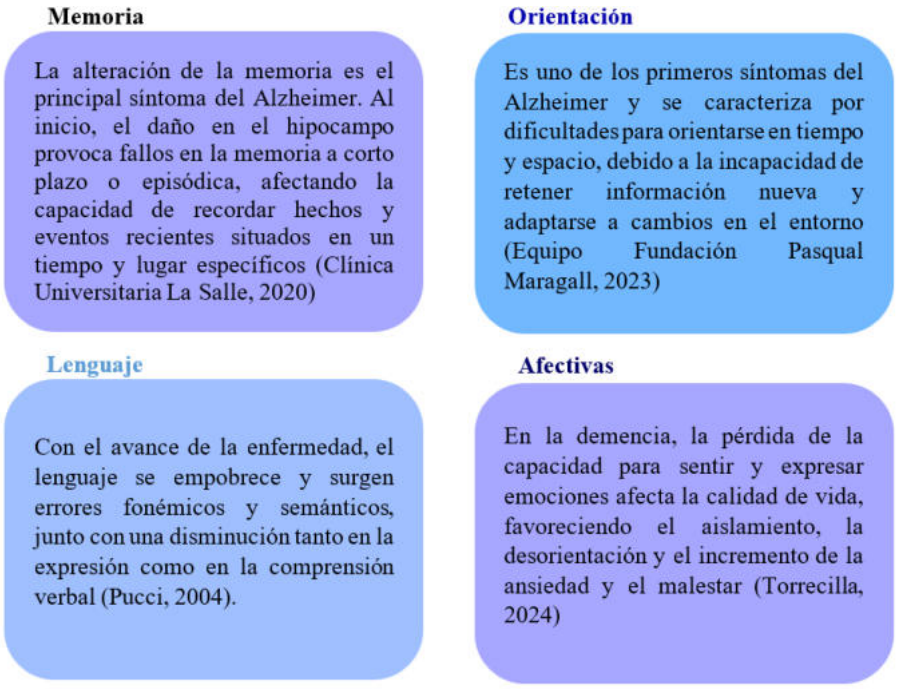


Figura 3. Funciones asociadas.

1.6 Prevalencia

Según la Organización Mundial de la Salud (2025) en el año 2021, alrededor de 57 millones de personas vivían con demencia en el mundo, más del 60 % en países de ingresos bajos y medios, y cada año se registran casi 10 millones de nuevos casos. Esta misma organización puntualiza que la enfermedad de Alzheimer es la forma más frecuente, representando entre el 60 % y el 70 % de los diagnósticos.

Dicha entidad en el mismo año, manifiesta que la demencia es actualmente la séptima causa de muerte en el mundo y una de las principales fuentes de discapacidad y dependencia en personas mayores, con un impacto económico de 1,3 billones de dólares en 2019, gran parte asociado al cuidado informal que recae mayoritariamente en mujeres, quienes asumen la mayoría de las horas de atención y presentan mayor carga de discapacidad y mortalidad.

Tabla 2. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Otros trastornos neurocognitivos.	Los TNC mayor y leve debido a otros procesos neurodegenerativos (p.ej enfermedad con cuerpos de Lewy, degeneración frontotemporal) presentan el mismo inicio insidioso y declive gradual que aparece en el alzheimer pero tienen sus propios rasgos nucleares distintivos.
Otras enfermedades neurológicas o sistémicas concurrentes activas	Se deben considerar otras enfermedades neurológicas o sistémicas si la relación temporal y la gravedad son las apropiadas para explicar el cuadro clínico. En el TNC leve puede ser difícil distinguir si la etiología se debe a la enfermedad de Alzheimer o a otra afección médica (p. ej patología tiroidea, déficit de vitamina B,).
Depresión mayor	La presencia de depresión puede asociarse a un funcionamiento diario reducido y escasa capacidad de concentración, que pueden parecerse a un TNC, aunque la mejoría con el tratamiento de la depresión puede ser útil para hacer la distinción.

Fuente: Información tomada y adaptada de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; pp.694-695), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¿Aún tienes dudas?



¡Te dejo un video que explica el Trastorno Neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer, de manera detallada y con ejemplos!

https://www.youtube.com/watch?v=vfmHeQZkrFQ

¡A la práctica!

- **Lee el siguiente caso y responde:**

María, de 68 años, presenta olvidos frecuentes de citas y dificultad para encontrar palabras. Conserva su autonomía en actividades básicas, pero requiere apoyo para tareas complejas como la administración del dinero. Reconoce a sus familiares y está orientada en tiempo y espacio.

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Trastorno Neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer
b) Trastorno Neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer
c) Delirium
d) Trastorno amnésico

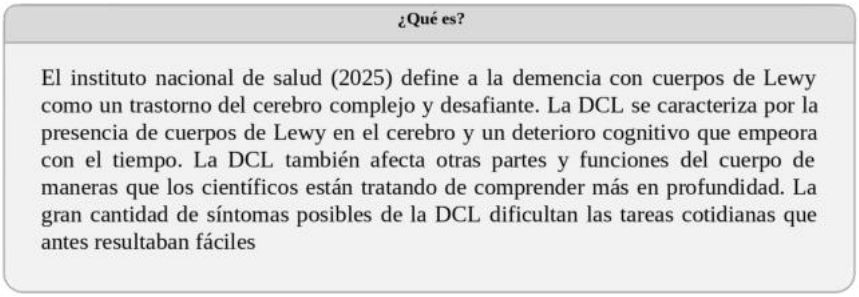
- **Menciona dos diferencias funcionales entre el TNC leve y el TNC mayor por Alzheimer.**

_____
_____
_____
_____

- **¿Por qué es importante evaluar la autonomía funcional al realizar el diagnóstico?**

_____
_____
_____

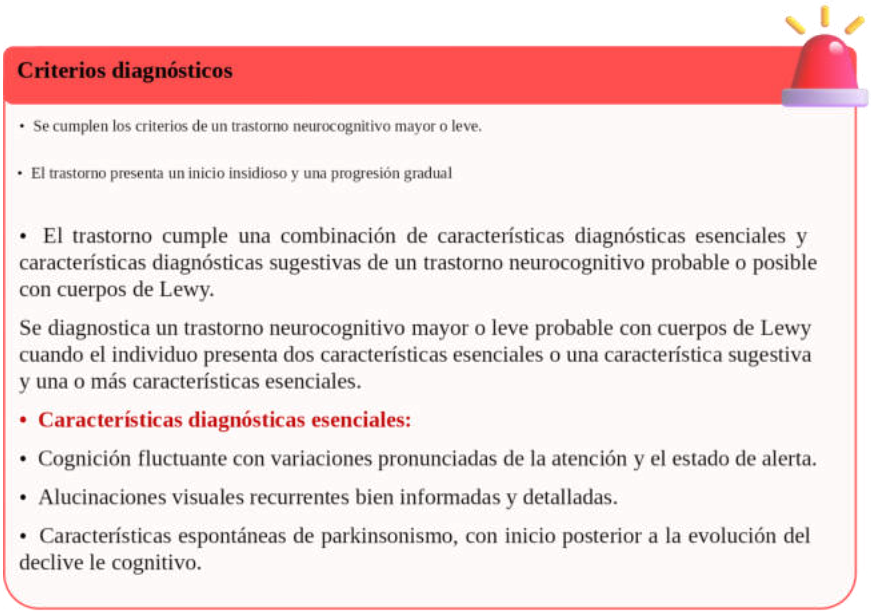
1.7 Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy



1.7.1 Etiología

Alzheimers.gov (2026) expresa que la etiología de la demencia con cuerpos de Lewy, se produce debido a la acumulación de alfa-sinucleína en distintas áreas cerebrales relacionadas con la memoria, el pensamiento y el movimiento; estos depósitos, llamados cuerpos de Lewy, se forman dentro de las neuronas, alterando su funcionamiento y provocando su deterioro progresivo, además de afectar neurotransmisores esenciales.

Dicha institución además manifiesta que la mayoría de los casos no son hereditarios y rara vez afecta a más de un miembro de la misma familia; aunque algunas variantes genéticas pueden aumentar el riesgo, no determinan necesariamente el desarrollo de la enfermedad.



Criterios diagnósticos

- Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión gradual
- El trastorno cumple una combinación de características diagnósticas esenciales y características diagnósticas sugestivas de un trastorno neurocognitivo probable o posible con cuerpos de Lewy.

Se diagnostica un trastorno neurocognitivo mayor o leve probable con cuerpos de Lewy cuando el individuo presenta dos características esenciales o una característica sugestiva y una o más características esenciales.

- **Características diagnósticas esenciales:**
- Cognición fluctuante con variaciones pronunciadas de la atención y el estado de alerta.
- Alucinaciones visuales recurrentes bien informadas y detalladas.
- Características espontáneas de parkinsonismo, con inicio posterior a la evolución del declive le cognitivo.

2. Características diagnósticas sugestivas:

- Cumple el criterio de trastorno del comportamiento del sueño REM.
- Sensibilidad neuroléptica grave.

Se diagnostica un trastorno neurocognitivo mayor o leve posible con cuerpos de Lewy cuando el individuo presenta solamente una característica esencial o una o más características sugestivas

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

Nota. Información tomada y adaptada de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; pp. 699), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

1.7.2 Factores de riesgo

El National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2025) enfatiza que existen diversas áreas que son consideradas factores de riesgo, tales como:

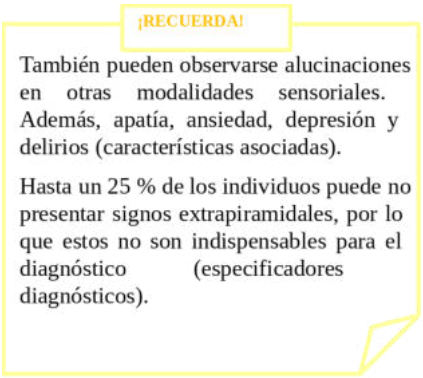
- **Edad y sexo:** La edad es el principal factor de riesgo, ya que la mayoría de los casos aparece después de los 50 años, siendo más frecuente en hombres.
- **Enfermedades y condiciones asociadas:** El trastorno de conducta del sueño REM y la pérdida del olfato se relacionan con un mayor riesgo de desarrollar DCL.
- **Factores genéticos**: Aunque puede existir mayor probabilidad si hay antecedentes familiares, la DCL no suele ser hereditaria. Solo un pequeño porcentaje presenta variantes genéticas asociadas, y actualmente no hay pruebas que predigan con certeza su aparición.
- **Estilo de vida:** No se ha demostrado que un hábito específico aumente el riesgo; sin embargo, un estilo de vida saludable podría ayudar a reducir la probabilidad de demencias relacionadas con la edad.

1.7.3 Características diagnósticas

El Trastorno Neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy se caracteriza por un deterioro cognitivo progresivo, con afectación temprana de la atención, la función ejecutiva y la capacidad visoespacial, más que de la memoria (criterio A). Son frecuentes las alucinaciones visuales complejas y recurrentes **(**criterio B1), así como los trastornos del comportamiento del sueño REM**,** que pueden presentarse de manera temprana (criterio B2**).**

Los síntomas cognitivos suelen fluctuar, con variaciones marcadas en la atención y el nivel de alerta, pudiendo simular un delirium sin una causa precipitante identificable (criterio B3). Debido a esta variabilidad, se

requiere una evaluación clínica cuidadosa, que incluya la información proporcionada por los cuidadores (criterio C).



Otra característica esencial es el parkinsonismo espontáneo, que suele ser leve y con una respuesta variable a la levodopa (criterio B4). Es importante diferenciar el parkinsonismo propio del trastorno de los síntomas extrapiramidales inducidos por medicamentos (criterio D).

El diagnóstico preciso es fundamental debido a la alta sensibilidad a los neurolépticos, presente en aproximadamente la mitad de los individuos, lo que obliga a utilizarlos con extrema precaución.

El diagnóstico de TNC leve con cuerpos de Lewy se establece cuando el deterioro cognitivo o funcional no alcanza la gravedad necesaria para cumplir los criterios de TNC mayor, especialmente cuando predominan los déficits cognitivos no amnésicos (criterio A – TNC leve). En casos donde no se cuenta con información suficiente para establecer una etiología específica, puede considerarse el diagnóstico de TNC leve debido a etiología desconocida (especificador).

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 700), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

1.7.4 Funciones asociadas

Mayo Clinic (2025) manifiesta que existen diferentes dominios cognitivos que se deterioran conforme avanza el desarrollo del TNC debido a cuerpo de Lewys, siendo los siguientes los más importantes:



Figura 4. Funciones asociadas.

1.7.5 Prevalencia y diagnóstico

En personas con envejecimiento normal, la presencia de trastornos neurocognitivos (TNC) es menor en comparación con quienes presentan deterioro cognitivo leve o demencia. Según Okura et al. (2010), la

prevalencia de TNC es del 17,6% en el envejecimiento normal, 33,8% en el deterioro cognitivo leve y entre 50% y 75% en los casos de demencia.

La demencia con cuerpos de Lewy se considera la segunda causa más frecuente de trastorno neurodegenerativo después de la enfermedad de Alzheimer en personas mayores de 75 años, sin embargo, los estudios reportan cifras de prevalencia variables, lo que podría indicar un infradiagnóstico, ya que en muchos casos se confunde con demencia tipo Alzheimer o con enfermedad de Parkinson con deterioro cognitivo leve debido a la similitud de sus síntomas (Milán et al., 2021)

Tabla 3. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson.	Se distinguen en cuanto a la cronología y la secuencia de los síntomas cognitivos y motores. En el trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Parkinson, el indicativo más claro es el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson al menos un año antes del inicio de los síntomas cognitivos. Por su parte, en el trastorno neurocognitivo con cuerpos de Lewy, los síntomas cognitivos se presentan antes, durante o en ausencia de parkinsonismo.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p. 702), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¡A la práctica!

- **Analiza y responde las siguientes preguntas.**
- **¿Qué síntomas específicos permiten sospechar un trastorno neurocognitivo con cuerpos de Lewy y diferenciarlo de otros trastornos neurocognitivos?**

_____
_____
_____
_____

- **¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más características del trastorno neurocognitivo con cuerpos de Lewy y cómo impactan en la vida diaria del paciente?**

_____
_____
_____
_____
_____

1.8 Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve

¿Qué es?

La demencia vascular es un trastorno neurocognitivo mayor causado por daño cerebral secundario a enfermedad cerebrovascular, como infartos o isquemia crónica, se manifiesta por un deterioro adquirido de funciones cognitivas principalmente atención y funciones ejecutivas junto con una pérdida progresiva de la independencia funcional, y se asocia estrechamente a factores de riesgo vascular como hipertensión, diabetes y dislipidemia (Sanders et al., 2023).

1.8.1 Etiología

Los estudios neuropatológicos muestran que la demencia vascular es una condición muy heterogénea, ya que distintos tipos de enfermedades cerebrovasculares pueden afectar diversas zonas del sistema vascular (Lamar et al., 2022). Esta variabilidad en la distribución del daño vascular y sus consecuencias dificulta determinar con precisión su

origen. A lo largo del tiempo se han utilizado varios términos para describir esta demencia y la falta de criterios clínicos diagnósticos claros y consensuados ha generado confusión en su clasificación (Balls-Berry y Babulal Gm., 2022).

Criterios diagnósticos

- Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve
- La sintomatología clínica es compatible con una etiología vascular como lo sugiere cualquiera de los siguientes criterios:
- El inicio de los déficits cognitivos presenta una relación temporal con uno o más episodios de tipo cerebrovascular.
- Las evidencias del declive son notables en a atención compleja (incluida la velocidad de procesamiento) y en la función frontal ejecutiva
- Existen evidencias de la presencia de una enfermedad cerebrovascular en la anamnesis, en la exploración física o en el diagnóstico por neuroimagen, consideradas suficientes para explicar los déficits neurocognitivos.
- Los síntomas no se explican por otra enfermedad cerebral o trastorno sistémico.

Se diagnostica un trastorno neurocognitivo vascular **probable** si aparece alguno de los siguientes criterios, pero en caso contrario se diagnosticará un trastorno neurocognitivo vascular **posible:**

- Los criterios clínicos se respaldan con evidencias de diagnóstico por la imagen neurológica en que aparece una lesión parenquimatosa significativa atribuida a una enfermedad cerebrovascular (respaldo de neuroimagen).

- El síndrome neurocognitivo presenta una relación temporal con uno o más episodios cerebro vasculares documentados.
- Existen evidencias de enfermedad cerebrovascular, tanto clínicas como genéticas (p. ej., arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales leucoencefalopatia.

Se diagnostica un trastorno neurocognitivo vascular posible si se cumplen los criterios clínicos, pero no existe diagnóstico por la neuroimagen y no se ha establecido una relación temporal entre el síndrome neurocognitivo y uno o más episodios cerebrovasculares.

Nota. Información tomada y adaptada de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; pp. 702-203), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

1.8.2 Factores de riesgo

Se han identificado diversos factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo vascular, los cuales se presentan a continuación (Kalaria, 2016; Montero-Odasso et al., 2018):

- **Dieta:** se han estudiado diversos nutrientes, como antioxidantes (vitamina E, vitamina C y betacaroteno), así como las vitaminas D, B_6 y B_{12}, que participan en la vía de la homocisteína. Una alimentación rica en estos componentes se ha relacionado con un menor riesgo de enfermedad vascular cerebral (EVC). Por ello, la dieta mediterránea se considera una posible estrategia de prevención temprana, aunque la evidencia disponible es más sugestiva que concluyente.
- **Actividad física:** la práctica regular de ejercicio puede favorecer la salud cognitiva y cerebrovascular, ya que produce cambios positivos en el metabolismo y en la estructura de los vasos sanguíneos.
- **Consumo de alcohol:** se aconseja una ingesta moderada, debido a que el consumo excesivo incrementa el riesgo de enfermedad vascular.
- **Tabaquismo:** fumar eleva la probabilidad de padecer EVC y, en consecuencia, aumenta el riesgo de trastornos neurocognitivos vasculares.
- **Obesidad:** constituye uno de los principales factores de riesgo para enfermedades vasculares y cerebrovasculares, ya que suele relacionarse con alteraciones metabólicas como los trastornos de los lípidos.

- **Enfermedades reumatológicas:** las enfermedades reumáticas generan un estado de inflamación sistémica crónica que puede afectar el sistema nervioso y favorecer una aterosclerosis más rápida. Esta inflamación persistente, junto con procesos autoinmunes, incrementa el riesgo de aterosclerosis temprana y de enfermedad cerebrovascular, lo que puede contribuir al desarrollo de deterioro cognitivo leve o incluso demencia asociada a eventos vasculares (Liao y Solomon, 2013; Sood y Raji, 2021).

1.8.3 Características diagnósticas

El diagnóstico del trastorno neurocognitivo vascular, mayor o leve, requiere confirmar la presencia de un trastorno neurocognitivo (Criterio A) y establecer que la enfermedad cerebrovascular constituye la causa principal del deterioro cognitivo (Criterios B y C).

¡RECUERDA!

Si el síndrome neurocognitivo presenta una relación temporal con uno o más episodios cerebro vasculares documentados, esto es suficiente para diagnosticarlo como TNC vascular probable.

La etiología vascular es variada y puede incluir ictus de grandes vasos o enfermedad microvascular, con lesiones focales, multifocales o difusas, cuya expresión clínica depende de su tipo, extensión y localización (Criterios B y C).

Los factores patogénicos implicados incluyen hipoperfusión, hipoxia, estrés oxidativo e inflamación, los cuales alteran la autorregulación y el

acoplamiento neurovascular, contribuyendo al daño del parénquima cerebral y al deterioro cognitivo observado (Criterio B).

La evolución clínica puede ser aguda, escalonada, fluctuante o progresiva, siendo la progresión lenta más frecuente en la enfermedad de pequeños vasos, con afectación predominante de la atención, la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas debido a la interrupción de los circuitos córtico-subcorticales (Criterio A). Se describen subtipos clínicos como el trastorno neurocognitivo postictal, el isquémico subcortical, el multiinfártico cortical y el córtico-subcortical (Criterio B).

La confirmación del diagnóstico se apoya en la anamnesis, la exploración clínica y, de forma preferente, en la neuroimagen, especialmente la resonancia magnética, que permite identificar infartos, hemorragias, lagunas o lesiones extensas de la sustancia blanca (Criterio C). En el trastorno neurocognitivo leve suelen ser suficientes un ictus único o una afectación extensa de la sustancia blanca, mientras que en el trastorno neurocognitivo mayor suelen requerirse múltiples ictus o lesiones en localizaciones estratégicas. Dado que la correlación entre las lesiones vasculares identificables y el deterioro cognitivo no es perfecta, el juicio clínico resulta esencial, así como la exclusión de otras etiologías médicas o psiquiátricas que expliquen mejor el cuadro (Criterios C y D).

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 703-704), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

1.8.4 Funciones asociadas

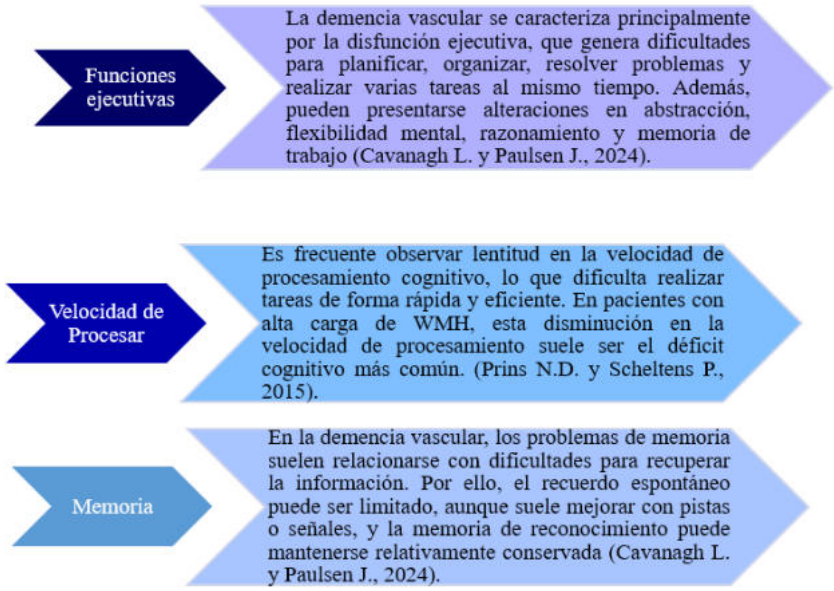


Figura 5. Funciones asociadas.

1.8.5 Prevalencia y diagnóstico

Las cifras pueden variar, pero en general se considera que la demencia vascular es la segunda causa más frecuente de demencia después de la enfermedad de Alzheimer en Norteamérica y Europa, representando aproximadamente entre el 15 % y el 20 % de los casos diagnosticados clínicamente, en Asia y en algunos países en desarrollo la carga de esta enfermedad podría ser mayor (Chan KY et al., 2013). No obstante, las estimaciones son complejas porque muchas personas presentan demencias mixtas, especialmente la combinación de demencia vascular y patología de Alzheimer, mientras que los casos originados únicamente por causas vasculares son considerablemente menores al 15 % según estudios neuropatológicos (Forrest SL. y Kovacs GG., 2023)

Tabla 4. Diagnóstico diferencial.

Trastorno	Diferencia principal
Otros trastornos neurocognitivos	Enfermedad de Alzheimer: déficits de memoria desde el inicio y empeoramiento progresivo de funciones cognitivas en ausencia de lesiones vasculares focales en neuroimagen. Biomarcadores como β-amiloide y tau son útiles para esta distinción. TNC con cuerpos de Lewy: su rasgo distintivo frente al vascular es la tríada de cognición fluctuante, alucinaciones visuales y parkinsonismo espontáneo. TNC frontotemporal: inicio insidioso y progresión gradual de síntomas conductuales o disfunción del lenguaje, lo cual no es típico de la etiología vascular.
Otras afecciones médicas	No se debe diagnosticar TNC vascular si el deterioro cognitivo puede explicarse mejor por tumores cerebrales, esclerosis múltiple, encefalitis o trastornos metabólicos/tóxicos de gravedad suficiente.
Otros trastornos mentales	Delirium: si los síntomas se atribuyen por completo a un delirium, no se diagnostica demencia vascular, aunque ambos pueden coexistir si hay un TNC preexistente. Depresión mayor: si el deterioro cognitivo coincide temporalmente con el inicio de una depresión, no se diagnostica TNC vascular. Trastorno depresivo debido a enfermedad cerebrovascular: se prefiere este diagnóstico si el deterioro cognitivo ocurrió antes que la depresión o si el déficit cognitivo es demasiado grave para el nivel de ánimo del paciente.

Fuente: Información tomada y adaptada de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; pp. 706), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¿AÚN TIENES DUDAS?

¡Te dejo un video corto que explica el Trastorno Neurocognitivo Vascular
https://youtu.be/uWgAnAj2EjI?si=kX5Gom7oLgKzaF-x



¡A la práctica!

- **Visita este link** en donde te presento un caso clínico.

https://www.canva.com/design/DAHDN1TRTg8/fSaiQ9edxO-dO4RtL9hEpg/view?utm_content=DAHDN1TRTg8&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=uniquelinks&utlId=hd210a1f964

- **Analiza e identifica** los criterios diagnósticos correspondiente al Trastorno Neurocognitivo vascular mayor o leve.
- **Explique** ¿por qué no es posible establecer el diagnóstico de Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve, mencionando al menos tres criterios clínicos que no se cumplen o que sugieren otra explicación para los síntomas.

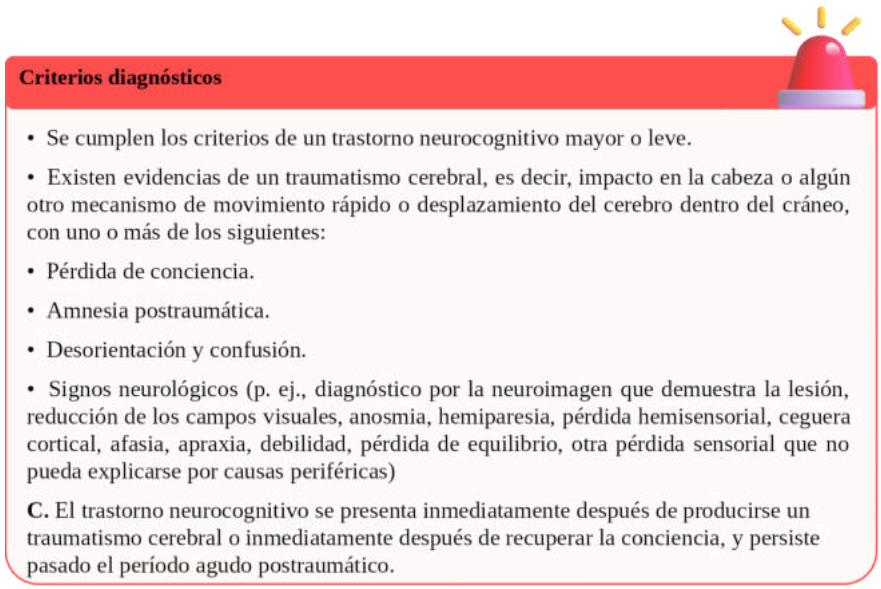
1.9 Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a un traumatismo cerebral

¿Qué es?

El trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a un traumatismo craneoencefálico consiste en un deterioro cognitivo adquirido secundario a una lesión cerebral traumática, incluso cuando esta ha sido leve, que puede afectar funciones como la memoria, la atención, la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas, con una evolución potencialmente persistente y progresiva que puede interferir en diferente grado con la autonomía y la vida cotidiana (Ramalho y Castillo, 2015).

1.9.1 Etiología

El trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a un traumatismo cerebral tiene origen traumático, secundario a una lesión cerebral producida por un impacto en la cabeza o por mecanismos de aceleración–desaceleración que ocasionan daño cerebral y explican el deterioro cognitivo, el cual guarda una relación temporal directa con el evento traumático y afecta principalmente la atención, la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas; la diferencia entre la forma mayor y leve radica únicamente en el grado de afectación funcional (Mckee et al., 2013; Tomaiuolo et al., 2012; Dinkel et al., 2014; Farbota et al., 2012; Bigler Ed., 2007).



Criterios diagnósticos

- Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- Existen evidencias de un traumatismo cerebral, es decir, impacto en la cabeza o algún otro mecanismo de movimiento rápido o desplazamiento del cerebro dentro del cráneo, con uno o más de los siguientes:
- Pérdida de conciencia.
- Amnesia postraumática.
- Desorientación y confusión.
- Signos neurológicos (p. ej., diagnóstico por la neuroimagen que demuestra la lesión, reducción de los campos visuales, anosmia, hemiparesia, pérdida hemisensorial, ceguera cortical, afasia, apraxia, debilidad, pérdida de equilibrio, otra pérdida sensorial que no pueda explicarse por causas periféricas)

C. El trastorno neurocognitivo se presenta inmediatamente después de producirse un traumatismo cerebral o inmediatamente después de recuperar la conciencia, y persiste pasado el período agudo postraumático.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 706-707), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana

1.9.2 Factores de riesgo

Los factores de riesgo para desarrollar un Trastorno Neurocognitivo (TNC) mayor o leve debido a enfermedad cerebrovascular incluyen principalmente condiciones que aumentan la probabilidad de daño vascular en el cerebro. Entre los más relevantes se encuentran:

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Hiperlipidemia
- Tabaquismo
- Obesidad
- Sedentarismo
- Fibrilación auricular
- otras enfermedades cardíacas
- Edad avanzada
- Antecedentes de accidente cerebrovascular o ataques isquémicos transitorios

Estos factores incrementan el riesgo de lesiones vasculares cerebrales, lo que puede afectar funciones cognitivas como la memoria, la atención, la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p. 710), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana

1.9.3 Características diagnósticas

El TCE se define como una alteración de la estructura y/o función cerebral producida por fuerzas biomecánicas (p. ej., aceleración/desaceleración o explosiones), que se manifiesta de forma inmediata mediante pérdida de conciencia, amnesia postraumática, alteración del estado mental o signos neurológicos focales (Criterio B). Estas manifestaciones no deben explicarse por el consumo de sustancias, medicamentos, otras lesiones, tratamientos médicos, traumas psicológicos ni afecciones médicas concomitantes.

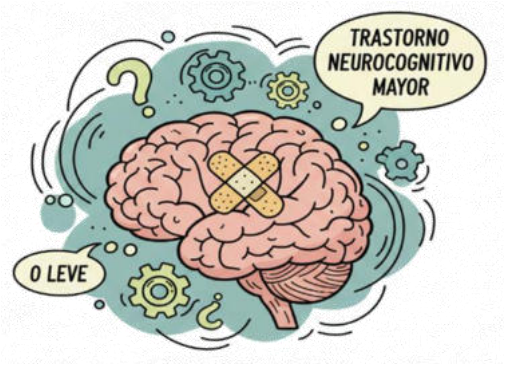


Figura 6. Características diagnósticas.

La gravedad del traumatismo craneoencefálico (TCE) se determina por la duración de la pérdida de conciencia, la amnesia postraumática, la alteración de la conciencia, la puntuación en la Escala de Coma de Glasgow y los hallazgos en neuroimagen. El TCE leve y el leve complicado presentan pérdida de conciencia ≤30 minutos, amnesia y alteración de la conciencia ≤1 día y Glasgow 13–15, diferenciándose por neuroimagen normal en el leve y anormal en el leve complicado.

El TCE moderado se define por pérdida de conciencia >30 minutos y <24 horas, amnesia y alteración de la conciencia >1 día y <7 días y

Glasgow 9–12, mientras que el TCE grave presenta pérdida de conciencia ≥24 horas, amnesia y alteración de la conciencia ≥7 días y Glasgow 3–8, con neuroimagen normal o anormal.

Para atribuir el TNC a un TCE, el deterioro cognitivo debe iniciarse inmediatamente tras el traumatismo o la recuperación de la conciencia y persistir más allá del período poslesional agudo (Criterio C). Los déficits más frecuentes afectan la atención compleja, la velocidad de procesamiento, el aprendizaje, la memoria y las funciones ejecutivas, así como la cognición social; en los TCE más graves pueden añadirse alteraciones neurocognitivas específicas según la localización y extensión del daño cerebral.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p. 710), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana

1.9.4 Funciones asociadas

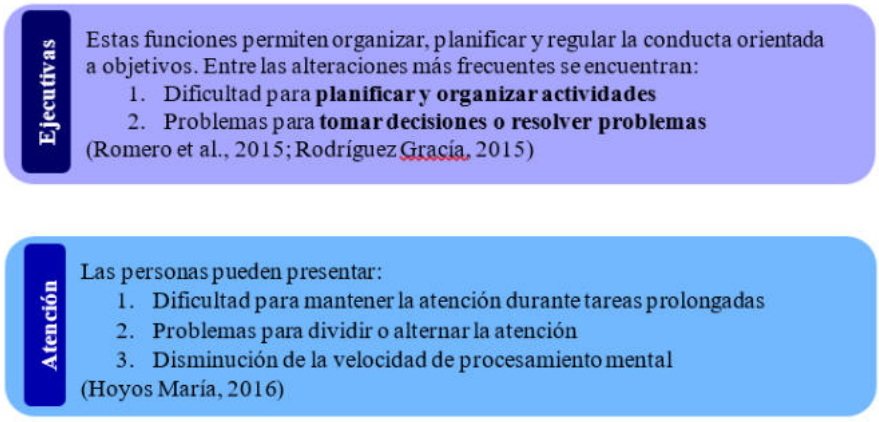


Figura 7. Funciones asociadas.

1.9.5 Prevalencia y diagnóstico

La demencia ha sido una enfermedad en aumento progresivo y potencialmente mortal en los últimos años. Los metaanálisis sobre la prevalencia de la demencia indican que es del 1,5 % a los sesenta y cinco años y se duplica cada cuatro años, alcanzando el 30 % a los ochenta (Hoffman et al., 1991; Jorm et al., 1987; Ritchie K. y Kildea D., 1995) El riesgo de demencia es menor en hombres y personas de ascendencia asiática y africana (Karahan et al., 2019; Chandra et al., 1998; Zhang et al., 1990). De igual manera, se ha descubierto que el riesgo de demencia tras un traumatismo craneoencefálico es mayor en mujeres y personas caucásicas (Rahman et al., 2019; Weuve et al., 2018). Según el censo de 2010 de la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente treinta y cinco millones y medio de personas en todo el mundo fueron diagnosticadas con demencia, y se prevé que esta cifra se triplique para 2050 (Wortmann M, 2012).

Tabla 5. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastorno	Diferencia Principal
Otros trastornos mentales y afecciones médicas.	Antes de atribuir los déficits cognitivos a un traumatismo craneoencefálico, deben descartarse trastornos mentales, consumo de sustancias, efectos de medicamentos y otras afecciones médicas que puedan explicar el deterioro cognitivo.
Trastorno facticio y simulación.	Debe considerarse trastorno facticio o simulación cuando los síntomas cognitivos o el deterioro funcional no son congruentes con la gravedad del TCE, especialmente en casos leves, o cuando la evaluación neuropsicológica no resulta fiable, en particular si existen incentivos externos.

Fuente: Información tomada y adaptada de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; p.711), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¡A la práctica!

- **Marca verdadera (V) o falso (F)**
- El diagnóstico de TNC debido a TCE requiere una relación temporal directa entre el traumatismo y el inicio del deterioro cognitivo.
- La diferencia entre TNC mayor y leve depende principalmente del tipo de lesión observada en neuroimagen.
- La atención, la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas son dominios frecuentemente afectados tras un TCE.
- Los síntomas cognitivos pueden atribuirse al TCE sin descartar otras afecciones médicas o trastornos mentales.

Opciones:

A) V – V – F – F **B)** V – F – V – F **C)** F – V – V – F **D)** V – F – F – V

2. ¿Qué elementos del diagnóstico diferencial considerarías primero si los síntomas cognitivos del paciente no fueran congruentes con la gravedad del traumatismo?





Trastorno neurocognitivo mayor

The Father (2020)

Sinopsis clínica:

La película muestra la experiencia subjetiva de un hombre mayor que sufre deterioro cognitivo progresivo, evidenciando confusión temporal, desorientación y dificultades para reconocer a personas cercanas.

Síntomas observables:

Desorientación temporal y espacial, fallos de memoria recientes, Confusión sobre identidades, Deterioro del funcionamiento cotidiano



TNC debido a Alzheimer

Still Alice (2014)

Sinopsis clínica:

Alice, profesora universitaria de lingüística, comienza a experimentar pérdida progresiva de memoria que afecta su vida profesional y familiar.

Síntomas observables:

Pérdida de memoria reciente, dificultades en el lenguaje, desorientación, deterioro progresivo del funcionamiento

CAPÍTULO II

2 TRASTORNOS PSICÓTICOS Y EFECTOS GRAVES

El presente capítulo aborda de manera integral los trastornos psicóticos y afectivos graves en el adulto y el adulto mayor, centrándose en su conceptualización, criterios diagnósticos, características clínicas y elementos diferenciales dentro del espectro psicopatológico. A lo largo del contenido, se examinan diversas entidades clínicas, entre ellas el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizofreniforme y la esquizofrenia, considerando su etiología multifactorial, su evolución temporal y su impacto en el funcionamiento cognitivo, emocional y social del individuo. Asimismo, se incorporan los principales lineamientos diagnósticos basados en el DSM-5-TR, lo que permite fortalecer la precisión clínica y el razonamiento diagnóstico en contextos profesionales.

La relevancia de este capítulo radica en que estos trastornos representan condiciones de alta complejidad clínica, asociadas a un significativo deterioro funcional y a importantes implicaciones en la calidad de vida de las personas afectadas, así como en su entorno familiar y social. En este sentido, su comprensión resulta fundamental para la formación del psicólogo clínico, ya que permite desarrollar competencias en evaluación, diagnóstico diferencial e intervención oportuna. Adicionalmente, el capítulo integra recursos pedagógicos aplicados, como el análisis de casos clínicos y actividades prácticas, que facilitan la comprensión, el pensamiento crítico y la transferencia del

conocimiento a contextos reales de intervención, promoviendo una formación profesional activa, reflexiva y basada en evidencia.

2.1 Preguntas de enfoque

a) Preguntas de comprensión

1. ¿Cuáles son las características principales de los trastornos psicóticos y cómo afectan el juicio de realidad del individuo?
2. ¿Qué diferencia al trastorno delirante de la esquizofrenia en términos clínicos y diagnósticos?
3. ¿Cuáles son los criterios que permiten identificar un trastorno psicótico breve?
4. ¿Qué elementos permiten distinguir un trastorno bipolar inducido por sustancias de un trastorno bipolar primario?

b) Preguntas de conocimiento

5. ¿Cómo influyen los factores genéticos, biológicos y ambientales en el desarrollo de los trastornos psicóticos?
6. En un caso clínico, ¿qué criterios utilizaría para realizar un diagnóstico diferencial entre esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos afectivos con síntomas psicóticos?
7. ¿De qué manera el deterioro en funciones ejecutivas afecta la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos inducidos por sustancias?
8. ¿Por qué es fundamental identificar si un trastorno del estado de ánimo es primario o inducido por sustancias para el diseño de la intervención clínica?

2.2 Objetivos de aprendizaje

Al finalizar el estudio de este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Identificar las características clínicas y criterios diagnósticos de los principales trastornos psicóticos y afectivos graves.
2. Analizar las diferencias entre los trastornos del espectro de la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo.
3. Aplicar criterios diagnósticos para la evaluación de casos clínicos relacionados con trastornos psicóticos y afectivos.
4. Diferenciar entre trastornos primarios y trastornos inducidos por sustancias o afecciones médicas.
5. Valorar el impacto de estos trastornos en el funcionamiento psicosocial y la importancia de una intervención clínica integral.

2.3 Trastornos Psicóticos y Afectivos Graves

Los trastornos psicóticos constituyen un grupo de enfermedades mentales graves y relativamente frecuentes, que afectan a más del 1 % de la población general, estimándose que hasta un 3 % de las personas puede experimentar síntomas psicóticos a lo largo de su vida, sus primeros signos suelen manifestarse entre los 18 y 28 años, etapa crítica del desarrollo personal y social, lo que incrementa su impacto funcional (Crespo et al., 2008). Estos trastornos se caracterizan por alteraciones profundas del pensamiento, la percepción y el juicio de realidad, comprometiendo de manera significativa la autonomía y el desempeño cotidiano de quienes los padecen.

Desde una perspectiva amplia los trastornos psicóticos se asocian con un deterioro progresivo del funcionamiento emocional, cognitivo y social, pudiendo desenlazar distintos grados de discapacidad, presentando un mayor riesgo de conductas suicidas y de daño a terceros (Starling y Feijó, 2018). Por su parte, los trastornos afectivos, representan un problema principal de salud mental en niños y adolescentes, caracterizándose por alteraciones persistentes del estado de ánimo que generan malestar clínicamente significativo y disfunción en múltiples áreas de la vida (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2010). Estudios internacionales reportan prevalencias mensuales de trastornos afectivos que oscilan entre el 4,8 % y el 7,4 % en distintos países (Uribe-Restrepo et al., 2018).

El tratamiento de los trastornos psicóticos y afectivos graves requiere una intervención temprana e integral, la atención oportuna reduce la gravedad del primer episodio y disminuye el riesgo de recaídas posteriores. Aproximadamente un 20 % de los jóvenes con esquizofrenia presenta un solo episodio cuando recibe un abordaje adecuado desde las etapas iniciales (Starling y Feijó, 2018). Las estrategias terapéuticas más eficaces combinan tratamiento farmacológico con intervenciones psicoterapéuticas, psicoeducación y apoyo familiar. Este enfoque interdisciplinario, que integra psiquiatría, psicología clínica y redes de apoyo psicosocial, resulta fundamental para favorecer la recuperación funcional y la reinserción social del paciente.

2.4 Trastorno delirante

¿Qué es?

Como su propio nombre indica, estos trastornos se caracterizan por la presencia, como síntomas más importantes, de ideas delirantes. La ideación delirante se define como aquella creencia falsa basada en una interpretación errónea de la realidad por parte del sujeto, que no concuerda con su nivel intelectual o cultural y se muestra irreductible al razonamiento lógico (Saíz Ruiz y Montes Rodríguez, 2003)

2.4.1 Etiología

La causa precisa del trastorno delirante aún no se conoce con certeza, sin embargo, se considera que diversos factores biológicos pueden intervenir en su aparición, entre ellos el consumo de sustancias, algunas enfermedades médicas y ciertos trastornos neurológicos, además se ha observado que este trastorno puede involucrar estructuras cerebrales como el sistema límbico y los ganglios basales mientras que el funcionamiento cortical suele permanecer relativamente conservado (Méndez et al., 2019; Kalayasiri et al., 2019).



Criterios diagnósticos

- Presencia de uno (o más) delirios de 1 mes o más de duración
- Nunca se ha cumplido el Criterio A de esquizofrenia

Nota: Si las alucinaciones, si existen, no son importantes y están relacionadas con el tema delirate (p. ej, la sensación de estar infestado por insectos asociada a delirios de manifestación)

- Aparte del impacto del delirio(s) o sus ramificaciones, el funcionamiento no está muy alterado y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño.
- Si se han producido episodios maniacos o depresivos mayores, han sido breves en comparación con la duración de los periodos delirantes.
- El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo compulsivo

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp.104-105), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.4.2 Especificaciones

1. Según el Tipo

- Erotomaníaco: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es que otra persona está enamorada del individuo
- De grandeza: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es la convicción de tener cierto talento o conocimientos (no reconocidos) o de haber hecho algún descubrimiento importante
- Celotípico: este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio del individuo es que su cónyuge o amante le es infiel
- Persecutorio: este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio implica la creencia del individuo de que están conspirando en su contra, o que la engañan, espían, siguen, envenenan o drogan, difaman, acosan o impiden que consiga sus objetivos a largo plazo
- Somático:Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio implica funciones o sensaciones corporales.
- Mixto: Este tipo se aplica cuando no predomina ningún tipo de delirio.
- Tipo no especificado: este subtipo se aplica cuando el delirio dominante no se puede determinar claramente o no está descrito en los tipos específicos (p. ej., delirios referenciales sin un componente persecutorio o de grandeza importante)

2. Con contenido extravagante:

Los delirios se consideran extravagantes si son claramente inverosímiles, incomprensibles y no proceden de experiencias de la vida corriente (p. ej., la creencia de un individuo de que un extraño le ha quitado sus órganos internos y se los ha sustituido por los de otro sin dejar heridas ni cicatrices)

3. Según el episodio:

- Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un episodio agudo es el periodo en que se cumplen los criterios sintomáticos
- Primer episodio, actualmente en remisión parcial: Remisión parcial es el periodo durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno solo se cumplen parcialmente.
- Primer episodio, actualmente en remisión total: Remisión total es un periodo después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.
- Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo.
- Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial.
- Episodios múltiples, actualmente en remisión total.
- Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios diagnósticos del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, con periodo asintomáicos por debajo del umbral que son muy breves en comparación al curso global.

4. Según la gravedad

- Especificar la gravedad actual: La gravedad se clasifica según una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis que

incluye: delirios alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos.

Nota. Información tomada y adaptada de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; pp.105-106), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.4.3 Factores de riesgo

Al igual que ocurre con otros trastornos psicóticos, la causa exacta del trastorno delirante aún no se conoce con precisión. Cleveland Clinic (2022) expone que se han identificado diversos factores que podrían influir en su desarrollo, tales como:

- **Factores genéticos:** se ha observado que este trastorno aparece con mayor frecuencia en personas que tienen familiares con trastorno delirante o esquizofrenia, lo que sugiere la posible existencia de una predisposición hereditaria que puede transmitirse dentro de la familia
- **Factores biológicos:** ya que algunas investigaciones señalan que alteraciones en determinadas áreas del cerebro y desequilibrios en neurotransmisores podrían estar relacionados con la aparición de síntomas delirantes
- **Factores ambientales y psicológicos:** situaciones de estrés, el consumo de alcohol u otras sustancias, así como características como la hipersensibilidad, el aislamiento social, la desconfianza y la baja autoestima pueden favorecer que la persona desarrolle delirios como una forma de explicar o manejar su malestar interno.

2.4.4 Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno delirante es la presencia de uno o más delirios persistentes, con una duración mínima de un mes (Criterio A). Estos delirios suelen ser plausibles, es decir, podrían ocurrir en la vida real (por ejemplo, ser perseguido, engañado por la pareja o tener una enfermedad), lo que la diferencia de los delirios claramente extraños propios de otros trastornos psicóticos.

En el trastorno delirante no se cumplen los criterios diagnósticos de la esquizofrenia (Criterio B). Esto implica que no hay síntomas psicóticos característicos como alucinaciones prominentes, lenguaje o conducta claramente desorganizados, ni catatonía. Si aparecen alucinaciones, estas son escasas y están relacionadas directamente con el contenido del delirio.

El funcionamiento global del individuo suele estar relativamente conservado, y el comportamiento no es marcadamente extraño o extravagante (Criterio C). Las dificultades en la vida social, laboral o personal suelen derivarse directamente del contenido del delirio, pero fuera de este ámbito la persona puede mostrarse adecuada y coherente.

Si se presentan episodios afectivos (depresivos o maníacos), estos son breves en comparación con la duración total de los períodos delirantes (Criterio D). Esto permite diferenciar el trastorno delirante de los trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos.
El trastorno no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia, a una enfermedad médica ni explicarse mejor por otro

trastorno mental (Criterio E) como el trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno dismórfico corporal.

Nota. Información tomada y adaptada de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; p. 106), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana. ¿

2.5 Funciones asociadas

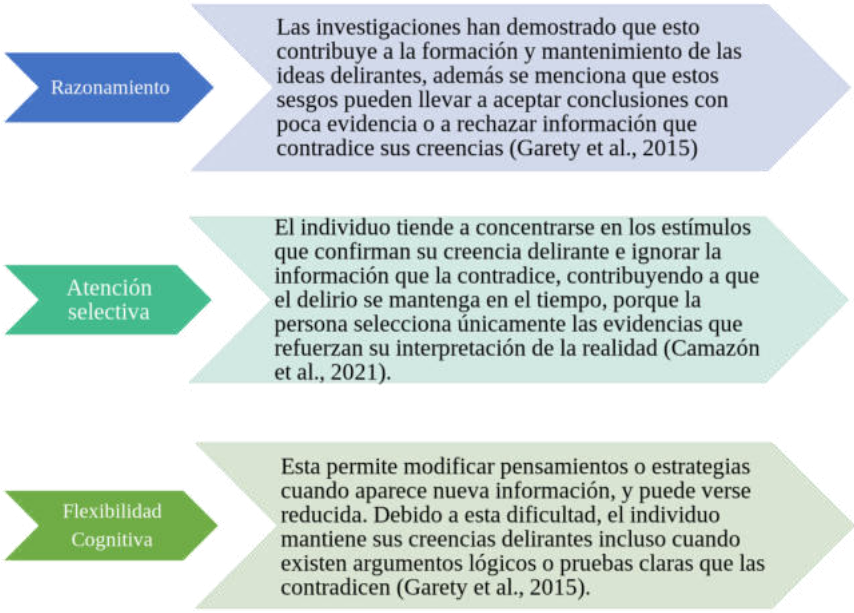


Figura 8. Funciones asociadas.

2.5.1 Prevalencia y diagnóstico

En comparación con otros trastornos mentales como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y otros trastornos del estado de ánimo, el trastorno delirante es considerablemente menos frecuente. Esta baja prevalencia podría explicarse en parte porque muchos pacientes no buscan atención

en salud mental, ya que generalmente solo acuden a consulta cuando familiares o personas cercanas los motivan o los obligan a hacerlo (Shawn M. y Waquar S., 2023).

El riesgo de presentar trastorno delirante a lo largo de la vida en la población general se estima entre el **0,05 % y el 0,1 %**, según datos obtenidos de diversas fuentes como registros clínicos, series de casos y estudios poblacionales. De acuerdo con el **DSM-5**-TR (2023) la prevalencia de este trastorno durante la vida se aproxima al **0,02 %**.

Tabla 6. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Trastorno obsesivo compulsivo y otros relacionados	Si un individuo con trastorno obsesivo compulsivo está completamente convencido de que sus creencias patológicas son ciertas se debe hacer un diagnóstico de TOC con el especificador ausencia de introspección. Al igual que si un sujeto con trastorno dismórfico corporal está completamente convencido de que sus creencias son ciertas, se debe hacer un diagnóstico el trastorno dismórfico corporal con el mismo especificador

Delirium / TNC mayor / Trastorno psicótico debido a otra afección médica	Los individuos con esos trastornos pueden presentar síntomas que sugieran un trastorno delirante. Por ejemplo, la presencia de delirios persecutorios simples en el contexto de un trastorno neurocognitivo mayor, se diagnosticaría como trastorno neurocognitivo mayor con alteración del comportamiento
Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos	Un trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos puede ser transversalmente idéntico en cuanto a los síntomas a un trastorno delirante, pero se pueden diferenciar según la relación cronológica del uso de sustancias con el inicio y la remisión de las creencias delirantes.
Esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme	El delirio se distingue por la ausencia de los demás síntomas característicos de la fase activa de la esquizofrenia. Además, la calidad de los delirios puede ayudar a distinguir la esquizofrenia del trastorno delirante. En la **esquizofrenia** los delirios presentan **más desorganización**, mientras que en el trastorno delirante demuestran más convicción, mayor extensión y mayor presión

Trastornos depresivos / Bipolares / Esquizoafectivo	Se diferencian del trastorno delirante por la relación temporal entre la alteración del Estado de ánimo y los delirios, además de la gravedad de los síntomas del estado de ánimo. Si los delirios aparecen únicamente durante los episodios del estado de ánimo, el diagnóstico será de trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar con características psicóticas Solo se puede diagnosticar un trastorno delirante si la duración total de todos los episodios del Estado de ánimo es breve en comparación a la duración total de la clínica delirante.

Fuente: Información tomada y adaptada de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; pp. 107-108), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¿AÚN TIENES DUDAS?

¡Te dejo un video corto que explica el Trastorno de adaptación!
https://youtu.be/SyQ3dm268uA?si=zZKx_aBrui1bcX_q



¡A la práctica!

• Clasifica los siguientes datos del siguiente caso clínico, según los criterios diagnósticos del trastorno delirante.

María, mujer de 47 años, acude a consulta derivada por su familia debido a conflictos persistentes con sus vecinos. Desde hace aproximadamente 18 meses, está convencida de que estos la vigilan y hablan mal de ella con la intención de perjudicarla. Interpreta ruidos cotidianos y miradas casuales como pruebas claras de esta persecución. Mantiene su creencia con firme convicción y no acepta explicaciones alternativas.

No presenta alucinaciones, lenguaje desorganizado ni conductas extrañas. Su discurso es coherente y su funcionamiento laboral se ha mantenido estable, aunque ha reducido el contacto social por desconfianza. El estado de ánimo es generalmente adecuado, con episodios de ansiedad relacionados con el contenido del delirio. No hay consumo de sustancias ni antecedentes médicos relevantes que expliquen el cuadro.

2.6 Trastorno psicótico breve

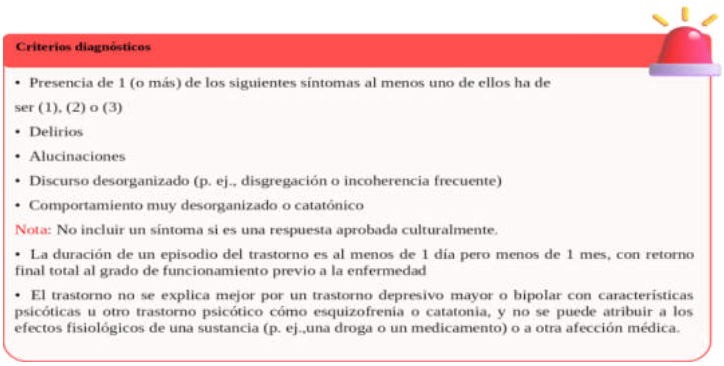
¿Qué es?

El Trastorno Psicótico Breve ("Bouffée delirante o "descompensación psicótica" o "psicosis reactiva") es un síndrome psicótico agudo y transitorio que persiste de un día a un mes, con posterior recuperación completa del nivel de funcionamiento psíquico premórbido. Suele sobrevenir en respuesta a un factor o factores de estrés psicosocial relevantes en la vida del paciente (Mingote et al., 2008).

2.6.1 Etiología

Stephen A. y Lui F. (2023) estipulan que la etiología del trastorno psicótico breve es multifactorial y aún no se encuentra completamente establecida, diversos estudios señalan que su aparición está asociada a la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales que actúan como desencadenantes de un episodio psicótico de inicio súbito y duración limitada.

Entre los factores psicológicos y psicosociales, destacan los eventos vitales altamente estresantes, como duelos, separaciones, conflictos interpersonales intensos, experiencias traumáticas o cambios bruscos en la vida del individuo (Rushing SE, 2001; Pfuhlmann et al., 1998).



Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp.108-109), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana

2.6.2 Especificaciones

1. Por factores:

- Con Factores de estrés notables (psicosis reactiva breve): Si los síntomas se producen en respuesta a sucesos que por separados o juntos causarían mucho estrés prácticamente a todo el mundo en circunstancias similares en el medio cultural del individuo.
- Sin factores de estrés notables: Si los síntomas no se producen en respuesta a sucesos que por separados o juntos causarían mucho estrés prácticamente a todo el mundo en circunstancias similares en el medio cultural del individuo.
- Con inicio en el periparto: Si comienza durante el embarazo o en las primeras 4 semanas después del parto

2. Con catatonía:
3. Según su gravedad:

- La gravedad se clasifica según una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis que incluye: delirios alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p.109), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana

2.6.3 Factores de riesgo

Pedersen T., (2022) manifiesta que los factores de riesgo del trastorno psicótico breve, puede encontrarse en diversos ámbitos de la vida, tales como:

- Eventos traumáticos previo: Experiencias como agresiones físicas, exposición a violencia o desastres naturales pueden actuar como desencadenantes del trastorno. Estas situaciones generan altos niveles de estrés emocional que pueden sobrepasar la capacidad de afrontamiento del individuo y favorecer la aparición de síntomas psicóticos.
- Antecedentes familiares: Tener familiares cercanos con trastornos psicóticos o del estado de ánimo puede incrementar la vulnerabilidad al trastorno, debido a la posible interacción entre predisposición genética y factores ambientales.
- Trastornos de la personalidad: Personas con trastornos de personalidad, especialmente aquellos caracterizados por inestabilidad emocional o dependencia interpersonal, presentan mayor susceptibilidad a desarrollar episodios psicóticos en contextos de estrés.
- Acontecimientos vitales estresantes: Situaciones como la pérdida del empleo, dificultades económicas, divorcios o el fallecimiento de un ser querido pueden actuar como desencadenantes al generar una elevada carga emocional.
- Periodo posparto: Algunas mujeres pueden presentar síntomas psicóticos en las semanas posteriores al parto, debido a la combinación de cambios hormonales y el estrés asociado a esta etapa.

- Consumo o abuso de sustancias: El uso de drogas o alcohol puede aumentar la vulnerabilidad a episodios psicóticos al intensificar factores de riesgo preexistentes o actuar como desencadenante.
- Migración o cambios de entorno: Procesos como la migración o la adaptación a un nuevo contexto sociocultural pueden generar estrés, aislamiento o dificultades de adaptación, lo que incrementa el riesgo de desarrollar el trastorno.

2.6.4 Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno psicótico breve es la presencia súbita de uno o más síntomas psicóticos positivos, entre los que se incluyen delirios, alucinaciones, discurso desorganizado (por ejemplo, incoherencia o disgregación frecuente) y, en algunos casos, comportamiento psicomotor marcadamente desorganizado o catatónico (criterio A). Estos síntomas representan una alteración clara del juicio de realidad y del funcionamiento mental habitual del individuo.

El episodio tiene una duración mínima de un día y máxima de un mes, tras lo cual el sujeto retorna completamente a su nivel de funcionamiento premórbido, sin persistencia de síntomas psicóticos (criterio B). Esta recuperación completa constituye un elemento distintivo fundamental frente a otros trastornos del espectro de la esquizofrenia.

Asimismo, el cuadro no se explica mejor por un trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas, ni por un trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia, y no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, un alucinógeno) ni a otra afección médica (por ejemplo, hematoma subdural) (criterio C). La

evaluación cuidadosa de los dominios cognitivos, afectivos y conductuales resulta esencial para establecer el diagnóstico diferencial con otros trastornos psicóticos.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p109), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana

2.6.5 Funciones asociadas

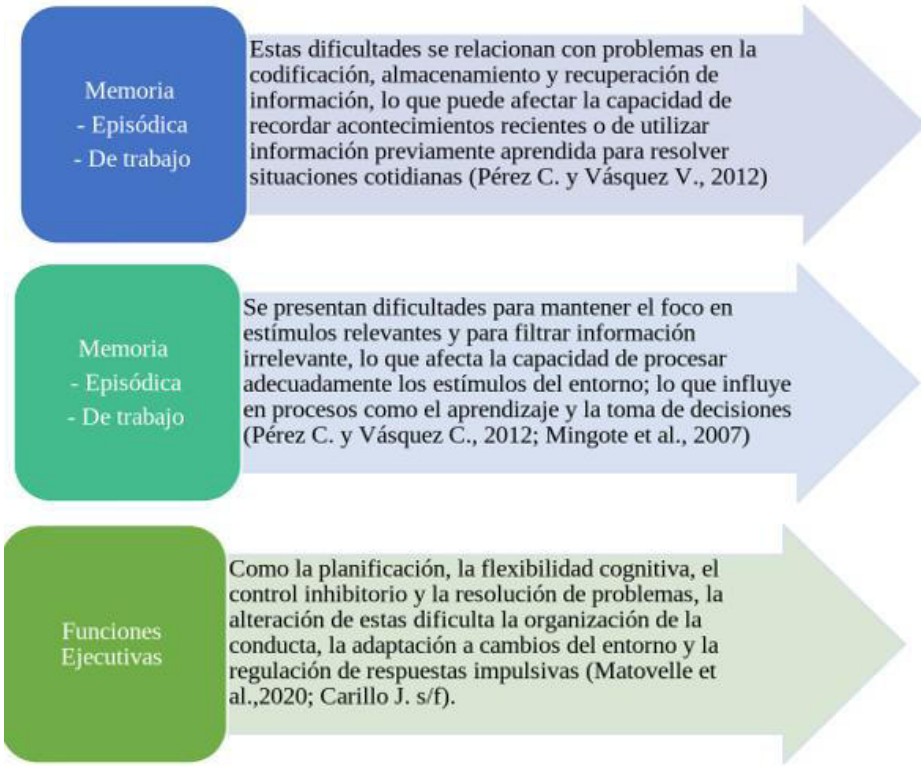


Figura 9. Funciones asociadas.

2.7 Prevalencia y diagnóstico

Autores definen que no existen datos precisos sobre la prevalencia del trastorno psicótico breve, en gran parte debido a su baja ocurrencia y a las diferencias entre las poblaciones analizadas. No obstante, se ha observado que este trastorno aparece con mayor frecuencia en contextos caracterizados por altos niveles de estrés, como en personas inmigrantes, refugiadas o en quienes han experimentado desastres naturales, entre otras situaciones similares Alexandre et al (2010); Littlewood R y Lipsedge M., 1981). Sin embargo, El DSM-5-TR (2023) menciona que el trastorno pscióticо breve puede suponer el 2-7% de los casos de primer episodio de psicosis en varios países.

Stephen A. y Lui F.,(2023) Puntualizan que en comparación con los países desarrollados, los informes muestran una mayor incidencia de trastorno psicótico breve en los países en desarrollo.

Tabla 7. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Otras afecciones médicas	Diferentes afecciones médicas pueden manifestarse con síntomas psicóticos de breve duración, el trastorno psicótico debido a otra y el delirium se diagnostican cuando hay pruebas a partir de la historia clínica la exploración física o las pruebas de laboratorio de que los delirios o alucinaciones son consecuencia fisiológica directa de una afección médica específica.

Trastornos relacionados con sustancias	El trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, el delirium inducido por sustancias y la intoxicación por sustancias se diferencian del trastorno psicótico breve porque se considera que existe una sustancia que está relacionada etiológicamente con los síntomas psicóticos
Trastornos depresivos y bipolares	El diagnóstico del trastorno psicótico breve no puede realizarse si los síntomas psicóticos se explican mejor por un episodio del estado de ánimo.
Otros trastornos psicóticos	Si los síntomas psicóticos persisten durante un mes o más el diagnóstico será de trastorno esquizofreniforme trastorno delirante, trastorno depresivo con características psicóticas, trastorno bipolar con características psicóticas u otros trastornos del espectro de la esquizofrenia especificado o no especificado, dependiendo de los síntomas qué se presenten.
Simulación y trastornos facticios	Un episodio de trastorno facticio con signos y síntomas predominantemente psicológicos puede tener la apariencia de un trastorno psicótico breve, pero en estos casos hay pruebas de que los síntomas se han producido intencionadamente. Cuando la simulación conlleva síntomas aparentemente psicóticos habitualmente hay indicios de que se está fingiendo la enfermedad para lograr un objetivo comprensible

Trastornos de la personalidad	En algunos sujetos con trastorno de la personalidad los factores de estrés pueden precipitar breves períodos de síntomas psicóticos, pero son transitorios y no justifican un diagnóstico aparte. Si los síntomas psicóticos persisten durante al menos 1 día podría convenir realizar un diagnóstico adicional de trastorno psicótico breve

Fuente: Información tomada y adaptada de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; p110), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana

¿AÚN TIENES DUDAS?

En este video podrás observar a Claudia, una joven que ha sido derivada por su psiquiatra tras sufrir su primer episodio psicótico. En este caso, la primera entrevista se centra en proporcionar una psicoeducación sobre la naturaleza de la psicosis y los factores que pueden contribuir a su desarrollo, abordando aspectos biológicos y psicológicos.

https://youtu.be/cejBbjQ2yRg?si=94KJzXHyXJ2qCpKL



¡A la práctica!

- **Lee atentamente el siguiente caso clínico.**

María, una mujer de 28 años, trabajaba desde hace varios años en una empresa donde tenía gran estabilidad laboral. Sin embargo, hace aproximadamente dos semanas fue despedida de forma inesperada debido a recortes de personal. A partir de ese momento, su familia comenzó a notar cambios importantes en su comportamiento. María se mostraba muy ansiosa, dormía poco y expresaba preocupación constante por su situación económica.

Tres días después del despido, sus familiares observaron que hablaba de manera desorganizada y parecía confundida respecto a lo que ocurría a su alrededor. En algunas ocasiones afirmaba escuchar voces que le decían que debía mantenerse alerta porque alguien intentaba hacerle daño. También mostraba momentos de gran agitación emocional, alternados con periodos de silencio y aislamiento.

Ante la preocupación de su familia, María fue llevada a consulta con un profesional de la salud mental. Durante la evaluación se evidenció la presencia de ideas delirantes de persecución, dificultades para concentrarse y alteraciones en su pensamiento. Los síntomas aparecieron de forma repentina y se mantuvieron durante aproximadamente una semana. Tras recibir atención médica, apoyo familiar y tratamiento adecuado, los síntomas comenzaron a disminuir progresivamente hasta desaparecer, permitiéndole retomar sus actividades cotidianas.

- **Responde las siguientes preguntas**
- ¿Qué síntomas presentes en el caso podrían relacionarse con un trastorno psicótico breve?
- ¿Cuál sería el posible factor desencadenante del episodio?
- ¿Qué funciones cognitivas podrían verse afectadas durante este episodio?
- ¿Por qué es importante la intervención temprana en estos casos?

2.8 Trastorno esquizofreniforme

¿Qué es?

Según una publicación de Cleveland Clinic (2022) el trastorno esquizofreniforme se identifica como una alteración psicótica aguda donde la presencia de delirios, alucinaciones o desorganización del discurso se restringe a un intervalo mayor a un mes, pero menor a seis. A pesar de que su naturaleza es temporal, a diferencia de la cronicidad propia de la esquizofrenia, esta condición suele representar el estadio previo a un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo si la sintomatología logra trascender el límite de los seis meses.

2.8.1 Etiología

Según Castillero (2017) el trastorno esquizofreniforme se comprende desde un modelo explicativo multifactorial ya que no puede atribuirse a una causa única sino a la interacción entre predisposición biológica y factores ambientales, la evidencia sugiere que la carga genética como los antecedentes familiares de esquizofrenia o trastornos del estado del ánimo aumenta la vulnerabilidad y que experiencias traumáticas o el consumo de sustancias como el cannabis pueden precipitar el cuadro en personas predispuestas.

Desde el plano neurobiológico se han descrito alteraciones en los circuitos dopaminérgicos mesolímbico y mesocortical vinculadas a la aparición de síntomas positivos y negativos, aunque estas disfunciones no necesariamente son permanentes dado que el trastorno puede remitir con tratamiento o incluso de forma espontánea.



Criterios diagnósticos

- Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
- Delirios.
- Alucinaciones.
- Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
- Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
- Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Un episodio del trastorno dura como mínimo 1 mes, pero menos de 6 meses. Cuando el diagnóstico se ha de hacer sin esperar a la recuperación, se calificará como "provisional".

C. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de la fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes durante una parte mínima de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) u otra afección médica.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p111), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana

2.8.2 Especificadores

1. Según sus características:

- Con características de buen pronóstico: Se asigna si el individuo presenta al menos dos de los siguientes rasgos: inicio rápido de síntomas psicóticos (dentro de las primeras 4 semanas), confusión o perplejidad, buen funcionamiento social/laboral previo, y ausencia de afecto plano o embotado.
- Sin características de buen pronóstico: Se aplica cuando el paciente no cumple con dos o más de los criterios mencionados anteriormente.

2. Con catatonia:

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp.110-11), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana

2.8.3 Factores de riesgo

Las personas que tienen familiares con diagnóstico de trastorno esquizofreniforme presentan una mayor probabilidad de desarrollar trastornos del espectro psicótico, particularmente esquizofrenia.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p. 113, American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana

2.8.4 Características diagnósticas

En el mismo texto se menciona que el trastorno esquizofreniforme presenta los mismos síntomas que la esquizofrenia, pero se diferencia por su duración ya que el episodio completo incluidas las fases prodrómicas activa y residual dura al menos un mes y menos de seis meses ubicándose entre el trastorno psicótico breve y la esquizofrenia.

Puede diagnosticarse cuando el episodio ya remitió dentro de ese periodo o de forma provisional si aún no se cumplen seis meses y no hay recuperación debiendo cambiarse a esquizofrenia si persiste más tiempo. No exige deterioro social o laboral para su diagnóstico y su evaluación debe considerar síntomas cognitivos depresivos y maníacos para un adecuado diagnóstico diferencial dentro del espectro psicótico.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p.112), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana

2.8.5 Funciones asociadas

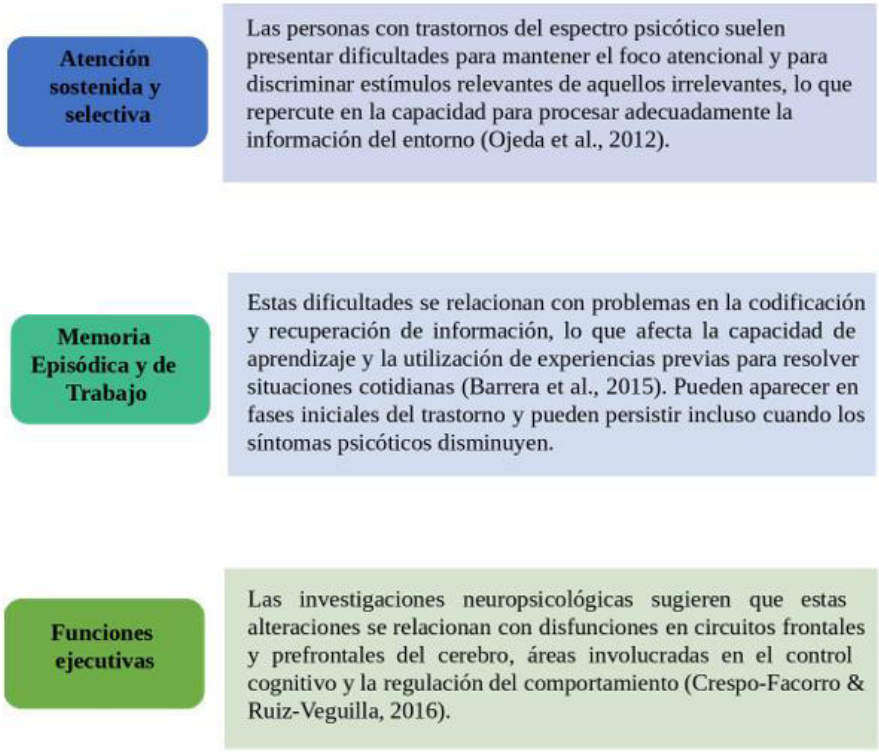


Figura 10. Funciones asociadas.

2.8.6 Prevalencia y diagnóstico

La incidencia del trastorno esquizofreniforme en distintos contextos socioculturales probablemente sea comparable a la observada en la esquizofrenia. No obstante, en Estados Unidos y en otros países con altos ingresos, su aparición es relativamente baja, estimándose que puede ser aproximadamente cinco veces menor que la de la esquizofrenia. En contraste, en países con menores recursos económicos, la incidencia tiende a ser más elevada, especialmente en los casos que presentan el especificador de buen pronóstico. En algunos

de estos contextos, la frecuencia del trastorno esquizofreniforme puede llegar a ser similar a la de la esquizofrenia.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p.112), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

Tabla 8. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastorno	Diferencia Principal
Otros trastornos mentales y afecciones médicas	Diversos trastornos mentales y condiciones médicas pueden manifestarse con síntomas psicóticos, por lo que deben descartarse antes de confirmar el diagnóstico.
Esquizofrenia	Se diferencia fundamentalmente por la duración, ya que la esquizofrenia requiere al menos 6 meses.
Trastorno psicótico breve	Se distingue por su duración inferior a 1 mes.

Fuente: Información tomada y adaptada de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; p.112), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¡A la práctica!

Caso Mateo

Varón de 22 años, se muestra confundido al momento de la entrevista, sin antecedentes psiquiátricos previos presenta ideas delirantes persecutorias, alucinaciones auditivas y desorganización del lenguaje de inicio abrupto tras una ruptura sentimental hace 8 semanas. Antes de estos síntomas Mateo era un estudiante de alto rendimiento; actualmente conserva hábitos básicos de autocuidado.

¿Cuál es el diagnóstico? _____

- **Responde a las siguientes cuestiones técnicas:**

Si Mateo alcanza los 7 meses manteniendo la misma sintomatología y presenta un aplanamiento afectivo notable:

¿Cuál es el nuevo diagnóstico? _____

- **El factor pronóstico:**

Marca las características de buen pronóstico que cumple el caso:

- [ ] Inicio de síntomas psicóticos importantes dentro de las primeras 4 semanas.
- [ ] Confusión o perplejidad durante el episodio.
- [ ] Buena funcionalidad social y laboral previa.
- [ ] Ausencia de afecto embotado o plano.

¿Cuál es el pronosticó del paciente? _____

2.8.7 Esquizofrenia

¿Qué es?

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que altera el pensamiento, las emociones y la conducta, pudiendo generar una desconexión con la realidad. Esta condición afecta significativamente el funcionamiento cotidiano de la persona, aunque existen tratamientos eficaces que favorecen la autonomía, la estabilidad laboral y académica, así como el mantenimiento de relaciones interpersonales (National Institute of Mental Health, 2024).

2.8.8 Etiología

En cuanto a las causas de la esquizofrenia, el NIMH (2024) las describe como multifactoriales, entre las que se encuentran la predisposición genética sin que exista un gen específico responsable del trastorno sino que varios de estos genes aumentan la probabilidad de desarrollarla,

otras causas son , la diversas condiciones ambientales como contextos de pobreza, estrés o exposición prenatal a infecciones y deficiencias nutricionales, así como diferencias en la estructura y funcionamiento cerebral que podrían originarse incluso antes del nacimiento.



Criterios diagnósticos

- Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante

una parte significativa de tiempo en un período de 1 mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

- **Delirios.**
- **Alucinaciones.**
- **Discurso desorganizado** (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
- **Comportamiento muy desorganizado o catatónico.**
- **Síntomas negativos** (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia
- Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de 6 meses. Este período de 6 meses ha de incluir al menos 1 mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales.

.

Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes solo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de 1 mes (o menos si se trató con éxito).

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p.113-114), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.8.9 Especificadores

Además de los criterios diagnósticos, se menciona que es necesario realizar las siguientes especificaciones:

1. Según el episodio:

- Pirmer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple Los criterios definidos de síntoma, diagnóstico y tiempo, un episodio agudo es el período en que se cumplen Los criterios sintomáticos.
- P rimer episodio, actualmente en remisión parcial: remisión parcial es el periodo durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que Los criterios que definen el trastorno solo se cumplen parcialmente.

- Primer episodio, actualmente en remisión total: remisión total es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.
- Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión, y un mínimo de recidiva)
- Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial
- Episodios múltiples, actualmente en remisión total
- Continuo: los síntomas que cumplen Los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y de los periodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves En comparación con el curso global

2. Con catatonía: (para la definición, vean Los criterios de catatonía asociado a otro trastorno mental, página 135 del DSM-5-TR)

3. Según la gravedad: La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes alucinaciones, habla desorganizada, comportamientos y conducta normal y síntomas negativos. Seguido cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos 7 días) sobre una escala de cinco puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave,)

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp.114-115), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.8.10 Factores de riesgo

Hospital Clínic de Barcelona (2022) exponen que existen diferentes factores de riesgo, entre los cuales se enfatizan los siguientes:

- Factores genéticos La predisposición genética es uno de los factores más relevantes en la aparición de la esquizofrenia. Diversos estudios estiman que la herencia puede explicar una gran parte del riesgo de desarrollar el trastorno, por lo que la probabilidad aumenta cuando existen antecedentes familiares de la enfermedad.
- Alteraciones bioquímicas Se ha planteado que la esquizofrenia puede relacionarse con alteraciones en la comunicación entre las neuronas. En particular, se ha observado un desequilibrio en algunos neurotransmisores, especialmente la dopamina, que cumple un papel importante en diferentes funciones cerebrales y motoras.
- Cambios en la estructura cerebral En algunos pacientes se han identificado modificaciones en determinadas áreas del cerebro. Entre estas se incluyen la dilatación de los ventrículos cerebrales y la reducción del volumen en regiones como el lóbulo temporal, el tálamo, la corteza prefrontal y estructuras relacionadas con la memoria y las emociones.

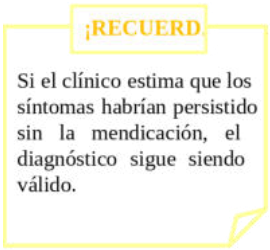
Además, Gillette H., (2026) añade el siguiente factor de riesgo como uno de los más importantes:

- **Factores ambientales**: Las condiciones del entorno también pueden aumentar el riesgo de desarrollar esquizofrenia. Entre los principales factores se encuentran las experiencias traumáticas, el

consumo de sustancias, el estrés intenso, la edad parental avanzada al momento del nacimiento, complicaciones durante el embarazo o el parto y el aislamiento social.

2.8.11 Características diagnósticas

De igual forma, en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo donde ningún síntoma es determinante por sí solo (patognomónico), manifestándose de formas muy diversas entre pacientes. En cuanto al diagnóstico, se requiere que los síntomas de la fase activa duren al menos un mes (Criterio A); no obstante, un matiz clave es que el criterio se da por válido si los síntomas remiten antes de ese tiempo gracias al tratamiento médico, siempre que el clínico juzgue que habrían persistido sin él (Criterio A1-A5).



A su vez, el análisis del deterioro funcional (Criterio B) revela que, en casos de inicio temprano en la infancia, el indicador principal no es la pérdida de habilidades, sino el fracaso en alcanzar el desarrollo esperado, sugiriéndose la comparación con hermanos sanos como referencia. Se destaca que la abulia (Criterio A5) y los fallos cognitivos son los motores principales de la disfunción social, más allá de los delirios o alucinaciones aislados.

Posteriormente, durante el periodo de seis meses requerido (Criterio C), suelen aparecer fases prodrómicas o residuales donde los síntomas son sutiles, como el pensamiento mágico, sensaciones de presencias invisibles o un lenguaje difuso pero comprensible, el primer signo de alarma suele ser un cambio conductual drástico, donde individuos previamente activos se retraen de sus hábitos sociales y muestran síntomas negativos graves.

Es así que, para diferenciarla de trastornos del ánimo, es imperativo que los delirios o alucinaciones ocurran en ausencia de episodios afectivos y que estos últimos ocupen solo una parte minoritaria de la enfermedad, por ello, la evaluación debe integrar obligatoriamente los dominios cognitivos y de ánimo para distinguir con precisión la esquizofrenia de otros cuadros del espectro psicótico.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p.115), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.8.12 Funciones asociadas

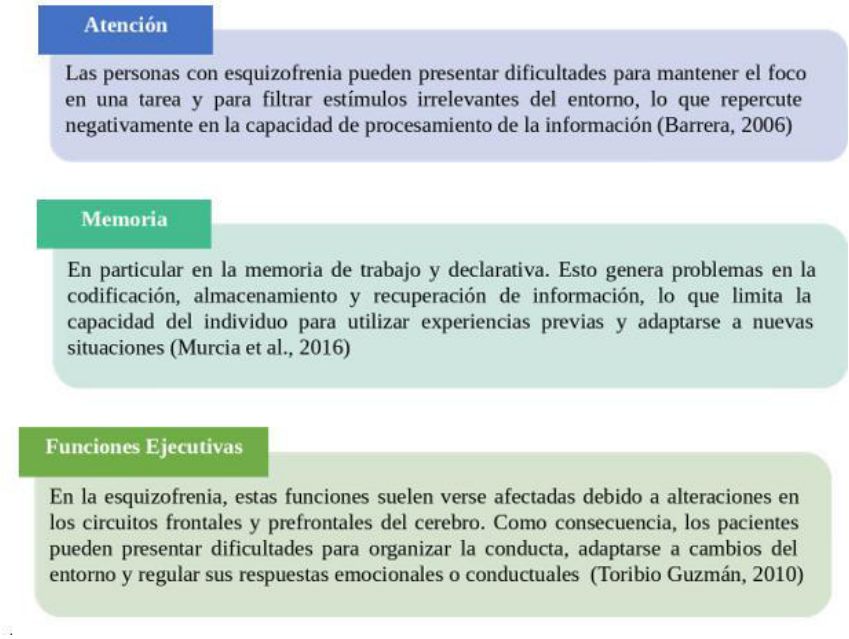


Figura 11.Funciones asociadas.

2.9 Prevalencia y diagnóstico

- Se estima entre el 0,3% y el 0,7% a lo largo de la vida.
- Es más frecuente en entornos urbanos, en migrantes/refugiados y se asocia a complicaciones perinatales como la hipoxia y la edad paterna avanzada.
- Los varones suelen iniciar antes el trastorno y presentan más síntomas negativos. Las mujeres tienen un segundo pico de incidencia después de los 40 años y suelen tener mejor funcionamiento social.
- La mayoría de los sujetos (especialmente hombres) no se casan y mantienen contactos sociales limitados casi exclusivamente a la familia.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 116-117), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

Tabla 9. Diagnóstico diferencial.

Trastorno	Diferencia principal
Trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas o catatónicas	La distinción respecto a la esquizofrenia radica en la relación temporal entre el ánimo y la psicosis, además de la gravedad de los síntomas afectivos. El diagnóstico se inclina hacia un trastorno del ánimo cuando las alucinaciones o delirios ocurren exclusivamente durante episodios de depresión mayor o manía.
Trastorno esquizoafectivo	Requiere la presencia simultánea de un episodio afectivo y síntomas de fase activa, donde los síntomas del estado de ánimo predominan durante la mayor parte de la duración total del periodo activo de la enfermedad.
Trastorno esquizofreniforme y psicótico breve	Se diferencian de la esquizofrenia por su duración inferior a seis meses. El trastorno esquizofreniforme dura menos de seis meses, mientras que el psicótico breve se extiende desde un día hasta menos de un mes.
Trastorno delirante	Se separa de la esquizofrenia por la ausencia de otros síntomas característicos como alucinaciones prominentes, discurso desorganizado, síntomas negativos o comportamiento catatónico.

Trastorno de la personalidad esquizotípica	Se diferencia por presentar síntomas por debajo del umbral diagnóstico que se encuentran vinculados a rasgos de personalidad estables y persistentes.
Trastorno obsesivo-compulsivo y dismórfico corporal	Aunque pueden presentar preocupaciones de nivel delirante o introspección nula, se distinguen de la esquizofrenia por la presencia de obsesiones, compulsiones, fijación en el aspecto físico, acaparamiento o conductas repetitivas corporales.
Trastorno de estrés postraumático	Puede incluir escenas retrospectivas alucinatorias e hipervigilancia paranoide, pero su diagnóstico exige obligatoriamente un suceso traumático previo y síntomas específicos de reexperimentación del mismo.
Trastorno del espectro autista o de la comunicación	Se distinguen por los déficits sociales, la comunicación y los patrones repetitivos. Para diagnosticar esquizofrenia como trastorno concurrente, el individuo debe cumplir todos los criterios de esta última, incluyendo delirios o alucinaciones durante al menos un mes.

Fuente: Información tomada y adaptada de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; p.120), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¿AÚN TIENES DUDAS?



En el siguiente video a través de ilustraciones y una narrativa accesible, se describe de manera general qué es la esquizofrenia, cuáles son algunos de sus principales síntomas y cómo puede afectar la percepción, el pensamiento y el comportamiento de las personas. ¡Échale un vistazo!

https://youtu.be/qFWGFB4Z0R4?si=WWyzq5OEFsA_vORg

¡A la práctica!

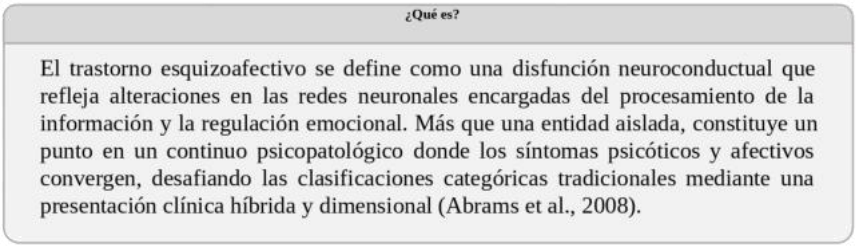
• Clasifica los datos del siguiente caso clínico según los criterios diagnósticos de la Esquizofrenia.

Julián es un hombre de 31 años que ha sido traído a evaluación tras siete meses de cambios progresivos en su conducta. Su familia reporta que, durante este tiempo, ha abandonado sus estudios universitarios y ha dejado de participar en cualquier actividad social, permaneciendo la mayor parte del día encerrado en su habitación.

En los últimos dos meses, Julián ha manifestado la certeza de que una organización internacional utiliza las ondas de radio de su televisor para insertar pensamientos directamente en su cerebro. Reporta escuchar frecuentemente una voz que narra sus movimientos y se burla de sus intentos por bloquear la señal. Durante la entrevista, su discurso es disgregado, utiliza palabras inventadas y cambia de tema abruptamente sin que exista un hilo conductor. Su expresión facial es plana, no hace contacto visual y muestra una falta total de iniciativa para realizar tareas básicas.

Estos síntomas no coinciden con cambios significativos en su estado de ánimo ni con periodos de euforia o tristeza profunda. Los exámenes toxicológicos y neurológicos realizados descartaron el consumo de sustancias y enfermedades médicas. No existen antecedentes de dificultades en la comunicación o la interacción social durante su infancia.

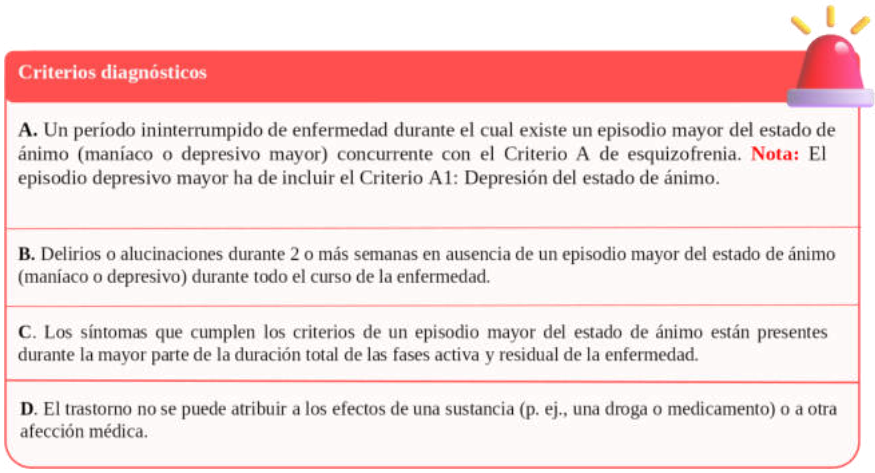
2.10 Trastorno Esquizoafectivo



2.10.1 Etiología

Los autores Wy y Saadabadi (2023) explican que, aunque, originalmente clasificado como una variante de la esquizofrenia en la primera edición del DSM, el trastorno esquizoafectivo se reconoce actualmente como una patología independiente a pesar de que las investigaciones no han logrado aislar causas biológicas o mecanismos fisiopatológicos que lo diferencien de manera única de otros cuadros similares, lo cual obliga a los especialistas a estudiar las raíces de los trastornos del ánimo y la psicosis como entidades separadas para comprender su complejidad.

Esta patogenia se considera de origen multifactorial debido a que integra componentes genéticos, presiones sociales y experiencias traumáticas, destacando que hasta la mitad de los pacientes con esquizofrenia manifiestan depresión y que existe una vulnerabilidad hereditaria compartida; de hecho, el riesgo de diagnóstico aumenta considerablemente cuando hay antecedentes directos de esquizofrenia o trastorno bipolar en la familia.



Criterios diagnósticos
A. Un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual existe un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor) concurrente con el Criterio A de esquizofrenia. **Nota:** El episodio depresivo mayor ha de incluir el Criterio A1: Depresión del estado de ánimo.
B. Delirios o alucinaciones durante 2 o más semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo) durante todo el curso de la enfermedad.
C. Los síntomas que cumplen los criterios de un episodio mayor del estado de ánimo están presentes durante la mayor parte de la duración total de las fases activa y residual de la enfermedad.
D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p.121-), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.10.2 Especificadores

Sumado a lo anterior, existen especificadores que se deben tomar en cuenta al momento del diagnóstico siendo los siguientes:

1. Tipo

- F25.0 Tipo bipolar: Este subtipo se aplica si un episodio maníaco forma parte de la presentación. También se pueden producir episodios depresivos mayores.
- F25.1 Tipo depresivo: Este subtipo solo se aplica si episodios depresivos mayores forman parte de la presentación.
- Con catatonía: Utilizar el código adicional F06.1 catatonía asociada a trastorno esquizoafectivo para indicar la presencia de catatonía concurrente.

2. Curso:

Se utilizan tras un año de duración del trastorno

- Primer episodio, actualmente en episodio agudo: Primera manifestación que cumple todos los criterios diagnósticos en cuanto a síntomas y tiempo.
- Primer episodio, actualmente en remisión parcial: Mejoría tras un episodio donde los criterios se cumplen solo de forma parcial.
- Primer episodio, actualmente en remisión total: Posterior a un episodio donde ya no existen síntomas específicos del trastorno.
- Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Se determina después de un mínimo de dos episodios (un primer episodio, una remisión y una recidiva).
- Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial.
- Episodios múltiples, actualmente en remisión total.
- Continuo: Los síntomas diagnósticos están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, con periodos sintomáticos por debajo del umbral muy breves comparados con el curso global.
- No especificado.

3. Gravedad:

La gravedad se mide mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis, que incluyen: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anómalo, síntomas negativos.

Escala de calificación: Cada síntoma se clasifica en una escala de 5 puntos, que va desde 0 (ausente) hasta 4 (presente y grave), basándose en la máxima gravedad alcanzada en los últimos 7 días.

Nota. El diagnóstico puede realizarse sin utilizar este especificador de gravedad. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp.121-122-), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.10.3 Factores de riesgo

Mayo Clinic (2024) precisa que existen diversos factores que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar un trastorno esquizoafectivo, entre ellos:

1. La presencia de antecedentes familiares especialmente cuando un pariente cercano ha sido diagnosticado con trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia o trastorno bipolar.
2. Situaciones altamente estresantes en la vida de una persona pueden actuar como desencadenantes de los síntomas.
3. Consumo de sustancias o medicamentos con efectos sobre la mente también puede agravar o precipitar los síntomas, particularmente cuando existe una vulnerabilidad previa al trastorno.

2.10.4 Características diagnósticas

Por añadidura, el texto muestra que es crucial determinar la proporción temporal de la sintomatología, ya que, si las alteraciones afectivas se manifiestan únicamente de forma fugaz, el diagnóstico debe orientarse hacia la esquizofrenia y no hacia el trastorno esquizoafectivo, para validar el cumplimiento del Criterio C, se debe realizar una revisión exhaustiva de toda la cronología de la patología psicótica, integrando tanto las fases de síntomas activos como los periodos residuales.

Asimismo, durante este proceso se debe identificar la coexistencia de manifestaciones del ánimo que hayan sido clínicamente significativas, ya sea porque se presentaron sin intervención o porque requirieron el uso de estabilizadores o antidepresivos en paralelo a los síntomas psicóticos. Por otro lado, la precisión de este análisis depende estrictamente de poseer antecedentes históricos robustos y de aplicar un juicio clínico agudo.

Por ejemplo, si un paciente con una trayectoria psicótica de cuatro años solo presenta episodios afectivos que sumen un año en total, no se alcanzaría el umbral del Criterio C. Finalmente, más allá de los dominios sintomáticos convencionales, resulta indispensable evaluar las esferas cognitiva, depresiva y maníaca del individuo, pues estos detalles cualitativos son los que permiten establecer distinciones críticas entre las diversas patologías del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos relacionados.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp.122-123-), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.10.5 Funciones asociadas

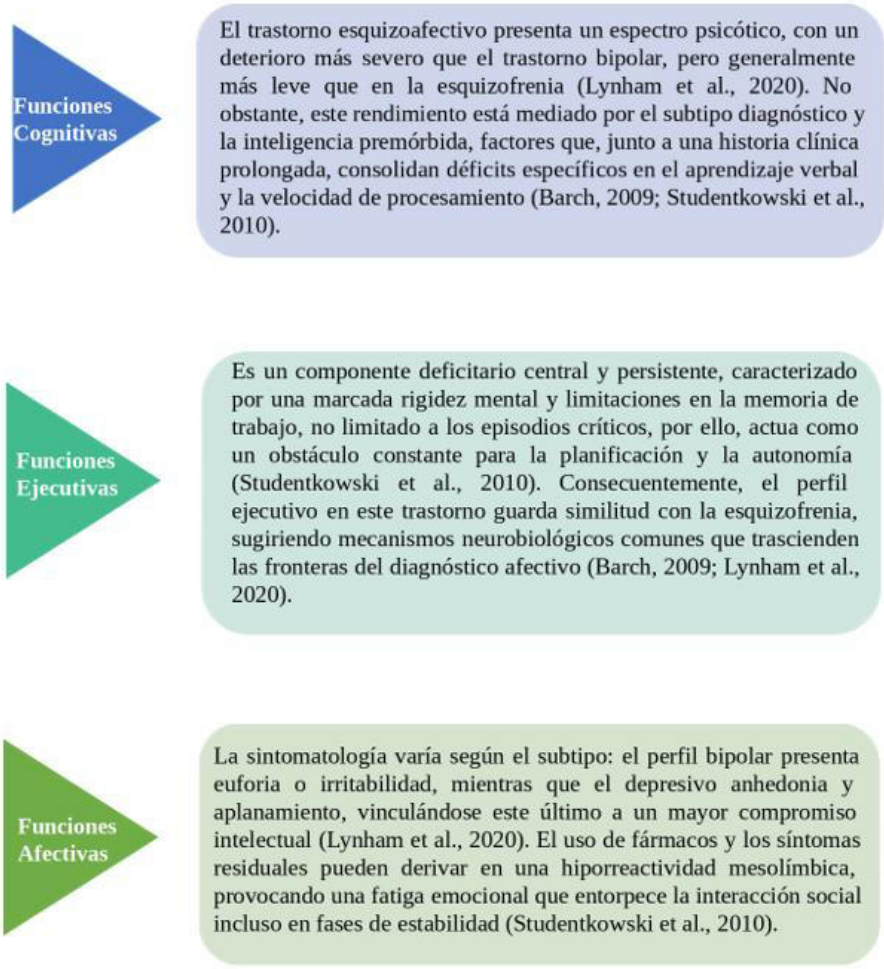


Figura 12. Funciones asociadas.

2.10.6 Prevalencia y diagnóstico

The Recovery Village Drug and Alcohol Rehab (2021) indica que la prevalencia del trastorno esquizoafectivo afecta aproximadamente al 0.3 % de la población, es decir, cerca de 1 de cada 300 personas lo presentan, aunque su frecuencia es menor en comparación con otros trastornos mentales, su relevancia clínica radica en la complejidad de

sus manifestaciones y en el impacto que puede generar en el funcionamiento personal, social y laboral de quienes lo padecen; asimismo, se ha observado que el trastorno puede presentar un inicio más temprano en hombres y una posible mayor prevalencia en mujeres, lo que sugiere diferencias en su manifestación según el sexo (The Recovery Village Drug and Alcohol Rehab, 2021). Por su parte, estudios regionales realizados en Ecuador sitúan su incidencia clínica en torno al 12.61 % dentro de los trastornos psicóticos, con una mayor concentración de casos en adultos de entre 30 y 64 años (Bravo, 2023).

En cuanto al diagnóstico diferencial, Wy y Saadabadi (2023) señalan que el trastorno esquizoafectivo suele confundirse con otros cuadros clínicos del espectro psicótico o con trastornos del estado de ánimo que presentan síntomas psicóticos, por lo que su diagnóstico requiere una evaluación cuidadosa y el descarte de otras entidades clínicas con características similares, con el fin de establecer una identificación precisa del trastorno y orientar adecuadamente el abordaje terapéutico.

Tabla 10. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastorno	Diferencia Principal
Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo:	Se diferencian porque el segundo requiere un episodio afectivo durante la mayor parte de la enfermedad, pero con un intervalo de dos semanas de psicosis pura. Si la psicosis predomina casi siempre y hay síntomas prodrómicos por seis meses, el diagnóstico se inclina hacia la esquizofrenia.
Trastorno Depresivo Mayor con Características Psicóticas y Trastorno Esquizoafectivo:	En virtud de lo anterior, en la depresión psicótica los delirios y alucinaciones ocurren exclusivamente durante el episodio afectivo. Al no presentar las dos semanas de autonomía psicótica, estos pacientes no cumplen el criterio esencial del trastorno esquizoafectivo.
Trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo:	De manera similar, en el paciente bipolar la psicosis está supeditada a la manía, consecuentemente, si no existen las dos semanas de sintomatología psicótica aislada tras la estabilización del humor, el diagnóstico permanece como bipolaridad y no como trastorno esquizoafectivo.

Fuente: Información tomada y adaptada de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; p.125-), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¿AÚN TIENDES DUDAS?



Te invitamos a explorar las siguientes *flip-cards*, diseñadas para reforzar los conceptos clave sobre el Trastorno Esquizo afectivo de manera dinámica y práctica.

¡Desliza cada tarjeta, reflexiona antes de ver la respuesta y pon a prueba tus conocimientos!

https://www.canva.com/design/DAHDZIGABBY/N6HRofQ4tvCmImdTsJ1C4Q/view?utm_content=DAHDZIGABBY&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=uniquelinks&utlId=h247146ac6f

¡A la práctica!

Caso 1

Valeria, 29 años, presenta 10 meses continuos de síntomas psicóticos (delirios persecutorios, alucinaciones auditivas y discurso desorganizado). Durante las primeras 3 semanas hay solo síntomas psicóticos. Posteriormente desarrolla un episodio depresivo mayor que se mantiene durante 7 meses y coexiste con la psicosis. Tras la remisión del episodio depresivo, los síntomas psicóticos persisten 3 semanas adicionales sin síntomas afectivos. No hay consumo de sustancias ni enfermedad médica.

Preguntas:

¿Identifica en qué momentos se cumple el criterio B y C?

Si el episodio depresivo hubiera durado solo 2 semanas dentro de los 10 meses totales del curso, ¿se mantendría el diagnóstico? ¿Por qué?

Caso 2

Dario, 33 años, presenta un episodio depresivo mayor de 6 meses de duración. Durante este episodio aparecen delirios de culpa y ruina, así como alucinaciones auditivas congruentes con el estado de ánimo. Los síntomas psicóticos están presentes exclusivamente mientras el episodio depresivo está activo y desaparecen completamente al remitir este. No existen periodos de psicosis sin síntomas afectivos, no hay consumo de sustancias ni causa médica.

Preguntas:

¿Qué criterio del trastorno esquizoafectivo no se cumple?

¿Cuál es el diagnóstico correcto y por qué?

2.11 Trastorno Bipolar

¿Qué es?

La oficina de salud mental del Estado de New York (2018) define al trastorno bipolar como un trastorno que produce cambios inusuales en el estado de ánimo, la energía, los niveles de actividad y la capacidad para desempeñar las tareas cotidianas, determinando que existen cuatro tipos básicos de trastornos bipolares; todos ellos involucran cambios claros en el estado de ánimo y los niveles de energía y actividad. Adicionalmente, estos mismos autores, puntúan que los estados de ánimo varían de períodos de conducta extremadamente «acelerada», alegre y energética (conocidos como episodios maníacos) a períodos de mucha tristeza, depresión y desesperanza (conocidos como episodios depresivos). Los períodos maníacos menos severos se conocen como episodios hipomaniacos.

2.11.1 Etiología

De manera tradicional, la investigación sobre la etiología del TB se ha enfocado principalmente en la búsqueda de sus fundamentos biológicos, considerando factores como la carga genética, las alteraciones neurohormonales y las anomalías estructurales del cerebro. Sin embargo, en los últimos años se ha observado un cambio progresivo en esta perspectiva: en lugar de analizar de forma aislada los sistemas de neurotransmisión como la noradrenalina, la dopamina y la serotonina, el interés se ha orientado hacia el estudio de sistemas neuroconductuales más complejos e integrados; por ello, no sorprende que hasta el momento no exista una explicación unificada sobre sus causas. (García-Blanco et al., 2014)

2.12 Trastorno Bipolar I

La Asociación Americana de Psiquiatría (2023) mediante del DSM V-TR determina los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno Bipolar.

Criterios diagnósticos



Para un diagnóstico de trastorno bipolar I, es necesario que se cumplan los criterios detallados para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor.

Episodio maníaco

• Un periodo 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 presenta la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización)

B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (4 si el estado de ánimo es solo irritable) en un grado significado 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 solo 3 horas de sueño)
- Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
- Juga de ideas o experiencias 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, 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 te consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes)

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

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 de un diagnóstico de trastorno bipolar 1.

Episodio Hipomaniaco

- Un periodo 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 4 días consecutivos y está presente la mayor parte del día casi todos los días
- Durante el periodo de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido 3 (o más) de los síntomas siguientes (4 si el estado de ánimo es solo irritable) y representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo.
- Aumento de la autoestima o sentimientos de grandeza
- Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de solo 3 horas de sueño)
- Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.

• Juga de ideas o experiencias 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, 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 te consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes)

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

D. La alteración del Estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas

E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas el episodio es, por definición maniaco.

F. 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 hipomaniaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., pon medicación o terapia electroconvulsiva) pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio hipomaníaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque 1 o 2 síntomas (particularmente el aumento de la habitabilidad nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para un diagnóstico de un episodio hipomaníaco ni indica necesariamente una diátesis bipolar.

Episodio de depresión mayor

• Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas Y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer

Nota: No incluye síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica

• 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 o 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.)

• 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).

• Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado.)

• Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

• Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).

• Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.

• Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

• Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).

• Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, un plan específico de suicidio o un intento de suicidio.

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

.

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

Trastorno Bipolar I

• Se han cumplido los criterios al menos para un episodio maniaco (Criterios A-D en "Episodio maníaco" antes citados)

• Al menos un episodio maníaco no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, y no se supone a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 140-142-), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.12.1 Especificaciones

- Con ansiedad
- Con características mixtas
- Con ciclos rápidos

- Con características melancólicas
- 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.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p.143), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.12.2 Factores de riesgo

La oficina de salud mental del Estado de New York (2018) manifiesta que actualmente, los investigadores continúan analizando cuáles podrían ser las causas del trastorno bipolar, existe consenso en que no responde a un único origen, sino que su desarrollo estaría relacionado con la interacción de múltiples factores que incrementan la vulnerabilidad a padecerlo.

- Estructura y funcionamiento cerebral: Diversos estudios han identificado diferencias en la estructura y la actividad cerebral de las personas con trastorno bipolar en comparación con individuos sin el trastorno o con otros cuadros psiquiátricos. El estudio de estas variaciones, junto con los avances en genética, permite comprender con mayor profundidad el trastorno y orientar el desarrollo de tratamientos más eficaces y personalizados.

- Genética: La evidencia científica sugiere que ciertos perfiles genéticos pueden aumentar la probabilidad de desarrollar trastorno bipolar. Sin embargo, la herencia no constituye el único factor implicado. Investigaciones con gemelos monocigóticos han demostrado que, aunque comparten la misma carga genética, el hecho de que uno presente el trastorno no implica necesariamente que el otro también lo desarrolle, lo que indica la participación de otros elementos adicionales.
- Antecedentes familiares: Se ha observado una mayor frecuencia del trastorno bipolar en familias donde ya existe un miembro diagnosticado. Hijos o hermanos de personas con este trastorno presentan un riesgo superior en comparación con quienes no tienen antecedentes familiares. No obstante, es importante destacar que la mayoría de las personas con historia familiar no llegan a manifestar la enfermedad.

2.12.3 Características diagnósticas

De manera complementaria, el DSM-5-TR describe que el trastorno bipolar I se caracteriza por la presencia de episodios anímicos recurrentes (maníacos, depresivos o hipomaníacos), siendo indispensable al menos un episodio maníaco para establecer el diagnóstico. El episodio maníaco consiste en un período definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, junto con un aumento significativo de la energía o la actividad, que dura al menos una semana (o menos si requiere hospitalización).

Durante este período deben presentarse, además, varios síntomas asociados (al menos tres, o cuatro si el estado de ánimo es solo irritable). El estado de ánimo puede manifestarse como euforia excesiva, sensación de grandiosidad o un entusiasmo desmedido que suele ser fácilmente reconocible como anormal por los demás.

2.12.4 Funciones asociadas

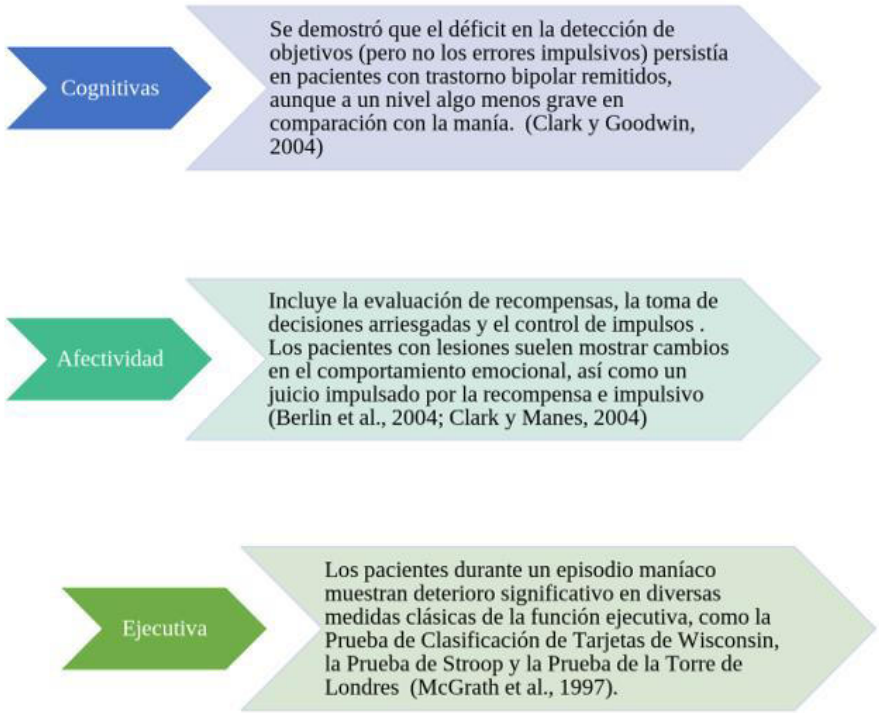


Figura 13. Funciones asociadas.

2.12.5 Prevalencia y diagnóstico

Blanco et al. (2025) señalan que la prevalencia del trastorno bipolar I, conforme a los criterios del DSM-5, fue del 1,5 % en los últimos 12

meses y del 2,1 % a lo largo de la vida. Asimismo, indican que no se observaron diferencias significativas entre hombres (1,6 % y 2,2 %) y mujeres (1,5 % y 2,0 %) en ambos periodos evaluados.

Del mismo modo, los autores reportan variaciones según variables sociodemográficas. Las tasas fueron más elevadas en personas nativas americanas y menores en población negra, hispana y asiática/isleña del Pacífico en comparación con la población blanca. También encontraron que la prevalencia era inferior en individuos más jóvenes frente a los de mayor edad, en personas previamente casadas en comparación con quienes estaban actualmente casadas, y en aquellos con menor nivel educativo e ingresos respecto a quienes presentaban mayor formación académica y recursos económicos.

La American Psychiatric Association (2023), a través del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, establece los criterios clínicos que permiten diferenciar el trastorno bipolar I de otros trastornos del estado de ánimo y de condiciones psiquiátricas con sintomatología similar.

Tabla 11. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Trastorno depresivo mayor	Existe el riesgo de diagnosticar erróneamente el trastorno bipolar con una depresión unipolar debido a la prominencia que tiene la depresión en la presentación del trastorno bipolar: 1) el primer episodio de trastorno bipolar suele ser depresivo, 2) los síntomas depresivos son los que se experimentan con mayor frecuencia durante el curso a largo plazo del trastorno bipolar, 3) el problema por el que típicamente, los individuos acuden en busca de ayuda es la depresión (Aquí es importante buscar activamente si hay antecedentes de manía o hipomanía). Los factores que podrían indicar que el diagnóstico es de trastorno bipolar I y no de trastorno depresivo mayor, es un individuo que acude durante un episodio de depresión, son los antecedentes familiares de trastorno bipolar, el comienzo de la enfermedad al inicio de la veintena, los numerosos episodios previos, la presencia síntomas psicóticos y los antecedentes de falta de respuesta al trastorno depresivo.

Otros trastornos Bipolares	El trastorno Bipolar II, el trastorno ciclotímico y el otro trastorno bipolar o trastorno relacionado especificados, son parecidos al trastorno bipolar I en cuanto que incluyen periodos de síntomas hipomaniacos en sus cuadros clínicos, pero se diferencian del trastorno bipolar 1 por la ausencia de episodios maniacos.
Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático u otros trastornos de ansiedad.	Es preciso realizar una historia cuidadosa de los síntomas para diferenciar el trastorno de ansiedad generalizada del trastorno bipolar, ya que las rumiaciones ansiosas pueden confundirse con la aceleración del pensamiento (y viceversa), y los esfuerzos por minimizar los sentimientos de ansiedad pueden entenderse como conductas impulsivas. De igual modo, los síntomas de estrés postraumático tienen que diferenciarse del trastorno bipolar. Al realizar el diagnóstico diferencial, puede ser de gran ayuda evaluar la naturaleza episódica de los síntomas descritos, así como considerar sus factores precipitantes.
Trastorno bipolar o relacionado debido a otra afección médica.	Se debe hacer el diagnóstico de trastorno bipolar o relacionado debido a otra afección médica, en lugar de trastorno bipolar I, sí, basándose en la historia, las analíticas o la exploración física, se considera que los episodios maníacos son consecuencias fisiológicas directa de otra afección médica.

Trastorno bipolar o relacionado inducidos por sustancias/medicamentos.	El trastorno bipolar o relacionado inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno bipolar I porque se considera que hay una sustancia (p. ej., estimulantes, fenciclidina) o medicamentos (p. ej., esteroides) que guardan una relación etiológica con el episodio maniaco. Dado que los individuos con episodio maníaco tienen tendencia a consumir sustancias en exceso durante este, es importante determinar si el consumo de sustancias es consecuencia de un episodio maniaco primario o si el episodio de tipo maníaco está causado por el consumo de la sustancia.
Trastorno esquizoafectivo	Es trastorno esquizoafectivo se caracteriza por periodos en los que los episodios maniacos o depresivos mayores concurren con los síntomas de fase activa de la esquizofrenia y periodos en que hay delirios o alucinaciones durante al menos dos semanas en ausencias de cualquier episodio maniaco o depresivo mayor. El diagnóstico es de "trastorno bipolar I, con características psicóticas" si los síntomas psicóticos han tenido lugar exclusivamente durante los episodios maniacos o de depresión mayor.
Trastorno por déficit de atención/hiperactivo.	El trastorno por déficit de atención/hiperactividad se caracteriza por síntomas persistentes de inatención hiperactividad e impulsividad que pueden parecerse a los síntomas de un episodio maníaco

	(p. ej., distraibilidad, mayor actividad, conducta compulsiva) y debutan antes de los 12 años de edad. En cambio, los síntomas de manía del trastorno bipolar I tienen lugar en episodios diferenciados y comienzan típicamente en la adolescencia tardía o al principio de la edad adulta.
Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo	En los individuos con irritabilidad marcada, en particular los niños y adolescentes, hay que tener cuidado y aplicar el diagnóstico de trastorno bipolar solo a aquellos que hayan presentado un episodio claro de manía o hipomanía. Cuando en un niño persiste la irritabilidad y es particularmente grave, sería más apropiado realizar el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
Trastornos de personalidad	Los trastornos de personalidad, como el trastorno límite de la personalidad, pueden tener un solapamiento importante de síntomas como los trastornos bipolares ya que la labilidad afectiva y la impulsividad son frecuentes en ambos trastornos. Para hacer el diagnóstico de trastorno bipolar I, los síntomas de labilidad anímica e impulsividad deben suponer un episodio patológico diferenciado o debe observarse un incremento apreciable de estos síntomas sobre el nivel basal del individuo.

¡A la práctica!

Hoy, realizaremos un debate, ¡así que prepárate para defender tus argumentos!

¿Debe diagnosticarse Trastorno Bipolar I después de un solo episodio maníaco?"

El Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ta edición, establece que un solo episodio maníaco es suficiente para el diagnóstico.

- ¿Es clínicamente prudente etiquetar con un trastorno crónico tras un único episodio?
- ¿Qué implicaciones tiene el diagnóstico en:
- Tratamiento farmacológico a largo plazo?
- Estigmatización?
- Pronóstico?
- ¿Qué pasa si el episodio fue inducido por sustancias?
- ¿Qué rol juega el seguimiento longitudinal?

2.13 Trastorno Bipolar II

La Asociación Americana de Psiquiatría (2023) mediante del DSM V-TR determina los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno Bipolar.

Criterios diagnósticos

Para un diagnóstico de trastorno bipolar II, es necesario que se cumplan los criterios detallados para un episodio hipomaníaco actual o pasado y los criterios siguientes para un episodio de depresión mayor actual o pasado.

Episodio Hipomaníaco

- Un periodo 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 4 días consecutivos y está presente la mayor parte del día casi todos los días.

- Durante el periodo de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido 3 (o más) de los síntomas siguientes (4 si el estado de ánimo es solo irritable) y representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo.

- Aumento de la autoestima o sentimientos de grandeza

- Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de solo 3 horas de sueño)

- Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.

- Juga de ideas o experiencias subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.

- Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades te consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes)

- 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, 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 te consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes)

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

D. La alteración del Estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas el episodio es, por definición maniaco.
F. 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 hipomaniaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., pon medicación o terapia electroconvulsiva) pero persiste en un grado totalmente síndrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio hipomaníaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque 1 o 2 síntomas (particularmente el aumento de la habitabilidad nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para un diagnóstico de un episodio hipomaníaco ni indica necesariamente una diátesis bipolar.

Episodio de depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas Y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer

Nota: No incluye 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 o 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 del 5% del peso corporal en 1 mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso en el aumento del 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 enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de 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 de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, un plan específico de suicidio o un intento de suicidio.

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

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

Trastorno Bipolar II

- Se han cumplido los criterios al menos para un episodio hipomaniaco (Criterios A- F en "Episodio maníaco" antes citados), y al menos para un episodio de depresión mayor (Criterios A-C en "Episodio de depresión mayor" antes citado)
- Al menos un episodio maníaco no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, y no se supone a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.
- Al menos un episodio hipomaniaco y al menos un episodio depresivo mayor, no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo y no se superponen a una 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.
- Los síntomas de depresión o de incertumbre causados por la alternancia frecuente de periodos de depresión e hipomanía provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 150-152-), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.13.1 Especificaciones

Primero**, se** debe registrar **si el trastorno se encuentra actualmente en episodio hipomaníaco, o si fue el más reciente.** Posterior a esto, se agrega las especificaciones según corresponda:

- Con ansiedad
- Con características mixtas
- Con ciclos rápidos
- Con inicio en el periparto
- Con patrón estacional

Si el **episodio actual o más reciente corresponde a un episodio depresivo**, se debe identificar las siguientes especificaciones:

- Con ansiedad
- Con características mixtas
- Con ciclos rápidos
- Con características melancólicas
- 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

Además de identificar el episodio y sus características, se deberá especificar

1. **Curso:**

- En remisión parcial
- En remisión total

2. **Gavedad actual** (en caso de ser un episodio depresivo)

- Leve
- Moderado
- Grave

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p.153-), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.13.2 Factores de riesgo

- **Factores psicosociales:** Diversas investigaciones han señalado que el trauma constituye un factor de riesgo significativo para el trastorno bipolar tipo II (TB-II). Según Kwon et al. (2024) y Garno et al. (2005), aproximadamente el 23 % de los pacientes presentan antecedentes de abuso infantil grave, el cual suele asociarse con un inicio más temprano del trastorno. Asimismo, la exposición prolongada al estrés o a experiencias traumáticas puede actuar como desencadenante o agravante de los episodios afectivos, dificultando la evolución clínica (Post et al., 2015).
- **Factores conductuales:** El consumo de sustancias representa otro factor relevante. El uso de alcohol y drogas puede anteceder a la aparición de síntomas bipolares y, además, agravar el curso del trastorno. Esta comorbilidad se relaciona con peores desenlaces clínicos y con mayores exigencias terapéuticas (Menculini et al., 2022; Strakowski et al., 2000; Salloum et al., 2000; Jefsen et al., 2021).
- **Factores cronobiológicos:** las alteraciones en los ritmos circadianos, ya sea por demandas laborales, hábitos de vida inadecuados u otros trastornos, se asocian con una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo, incluido el TB-II. La desregulación de estos ritmos puede precipitar o intensificar episodios de hipomanía y depresión (Scott et al., 2022).
- **Factores Gnéticos:** os estudios genéticos estiman que la heredabilidad del trastorno bipolar oscila entre el 60 % y el 80 %, lo que evidencia una marcada influencia genética (Walss-Bass, s.

f.; Fabbri, 2021; Johansson et al., 2019). Además, investigaciones familiares clásicas han señalado que los parientes de primer grado de personas con TB-II presentan una mayor probabilidad de desarrollar el mismo trastorno (Dunner et al., 1976; Coryell et al., 1984).

2.13.3 Carácterísticas diagnósticas

De acuerdo con el DSM-5-TR (2023) se establecen características que refuerzan de manera puntual el diagnóstico de trastorno bipolar II, siendo una de las más importantes la presencia de al menos un episodio depresivo mayor (Criterio A) y al menos un episodio hipomaníaco (Criterio B), sin que haya existido nunca un episodio maníaco (Criterio C).

El episodio depresivo mayor implica un período de al menos dos semanas con estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer la mayor parte del día, casi todos los días, acompañado de otros síntomas como alteraciones del sueño, cambios en el apetito, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades en la concentración o ideas de muerte, alcanzando un mínimo de cinco síntomas en total (Criterio A).

El episodio hipomaníaco consiste en un período diferenciado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, junto con aumento de la actividad o energía, que dura al menos cuatro días consecutivos (Criterio B). Durante este período deben presentarse tres síntomas adicionales (o cuatro si el estado de ánimo es solo irritable), como aumento de la autoestima, disminución de la necesidad de dormir,

verborrea, fuga de ideas, distractibilidad, incremento de actividades dirigidas a objetivos o participación en actividades de riesgo.

Para que el episodio hipomaníaco sea considerado como tal, debe representar un cambio claro respecto al funcionamiento habitual del individuo y ser observable por otras personas (Criterio B). Sin embargo, a diferencia de la manía, no provoca un deterioro grave en el funcionamiento social o laboral ni requiere hospitalización, y no presenta síntomas psicóticos (Criterio B).

El diagnóstico de trastorno bipolar II no se establece si ha habido un episodio maníaco previo (Criterio C). Además, los episodios no deben explicarse mejor por trastornos del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (Criterio D), ni ser atribuibles a efectos fisiológicos de sustancias o a otra afección médica (Criterio E).

Finalmente, los síntomas depresivos o la alternancia entre episodios hipomaníacos y depresivos deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes (Criterio F).

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 153-155-), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.13.4 Funciones asociadas

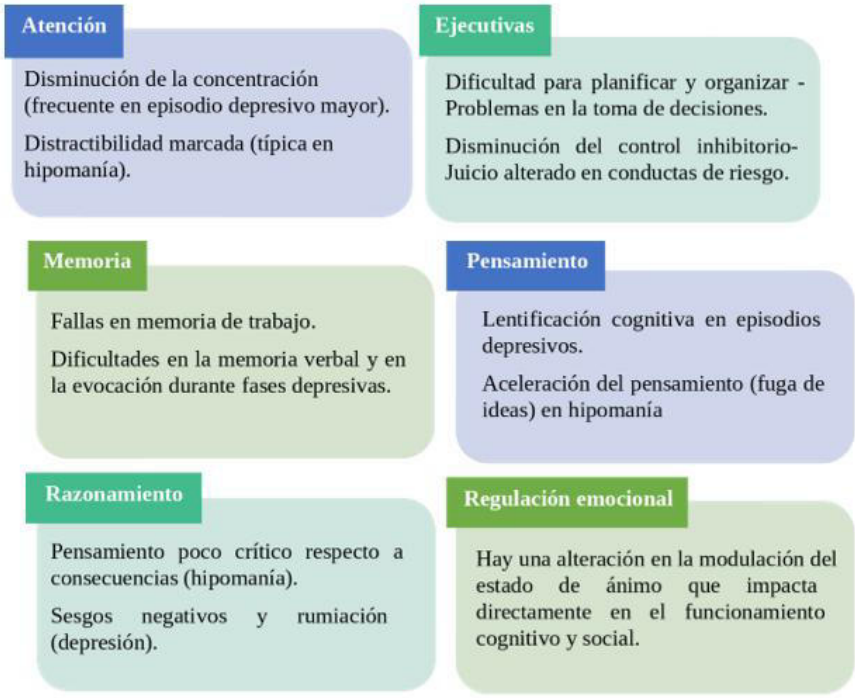


Figura 14. Funciones asciadas.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 150-159-), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.13.5 Prevalencia y diagnóstico

En el DSM-IV se reporta que el trastorno bipolar tipo II presenta una prevalencia de aproximadamente 0,5 % a lo largo de la vida en la población general. Sin embargo, Benazzi (2007) señala que diversos estudios epidemiológicos han hallado cifras considerablemente mayores, estimando una prevalencia cercana al 5 % cuando se incluye el espectro bipolar. Además, en contextos clínicos ambulatorios, se ha

observado que hasta uno de cada dos pacientes que consultan por depresión podría cumplir criterios para trastorno bipolar tipo II.

Por otra parte, el informe de la Global Burden of Disease (2021) estima que alrededor de 37 millones de personas en el mundo, equivalente al 0,5 % de la población global, vivían con algún trastorno bipolar en ese año, de las cuales 34 millones eran adultos. Aunque la prevalencia parece ser similar entre hombres y mujeres, datos de la Organización Mundial de la Salud (2025) indican que el diagnóstico se realiza con menor frecuencia en mujeres.

La American Psychiatric Association (2023), mediante el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, describe los criterios clínicos que permiten establecer la distinción entre el trastorno bipolar II y otros trastornos del estado de ánimo, así como frente a diversas alteraciones psiquiátricas que pueden presentar síntomas similares.

En este marco, el diagnóstico diferencial se vuelve imprescindible para minimizar errores clínicos, sobre todo al compararlo con entidades como el trastorno depresivo mayor, los trastornos psicóticos y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, debido a la posible superposición sintomática. Por ello, es fundamental realizar una evaluación clínica minuciosa que analice la duración de los episodios, su intensidad y el impacto en el funcionamiento del individuo, garantizando así una determinación diagnóstica adecuada.

Tabla 12. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Trastorno depresivo mayor	El trastorno depresivo mayor se caracteriza por la ausencia de episodios maniacos y episodios hipomaniacos. Dado que la presencia de algunos síntomas maniacos o hipomaníacos podría ser compatible con un diagnóstico de episodio depresivo mayor, es importante confirmar si los síntomas cumplen los criterios de un episodio hipomaniaco para determinar si hacer el diagnóstico de trastorno bipolar II es más apropiado. Los episodios depresivos dominan el curso general de la enfermedad en la mayoría de los individuos con trastorno bipolar II. Como los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor son idénticos en el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar II, el diagnóstico de trastorno bipolar II solo puede hacerse obteniendo información sobre al menos un episodio hipomaniaco previo para distinguir el trastorno bipolar II del trastorno depresivo mayor.

¡A la práctica!

Con el objetivo de reforzar la comprensión de los contenidos revisados sobre el Trastorno Bipolar tipo II, ¡te invito a unirte al siguiente Quizz!

https://wayground.com/join/quiz/69adec669865d4c3edd518fb/start?studentShare=true

Este ejercicio te permitirá repasar los conceptos principales, identificar los aspectos más relevantes del diagnóstico y consolidar su aprendizaje de manera autónoma.



2.14 Trastorno ciclotímico

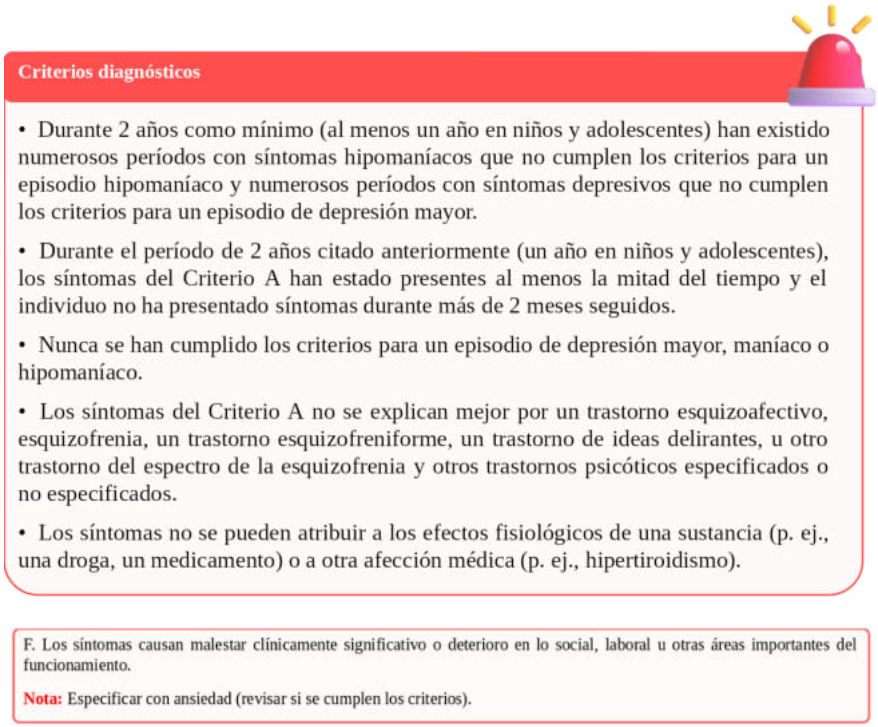
¿Qué es?

El trastorno ciclotímico es una inestabilidad crónica del ánimo definida por la alternancia entre episodios de depresión leve e hipomanía que deben persistir al menos dos años en adultos o uno en menores para su diagnóstico oficial, esta patología se distingue por oscilaciones constantes donde las fases eufóricas suelen percibirse como agradables, aunque su hiperactividad asociada y los periodos depresivos pueden deteriorar gravemente el entorno social y financiero del individuo (García-Allen, 2015).

2.14.1 Etiología

Aunque la etiología de la ciclotimia aún no es precisa y se necesita más investigación, se atribuye a una interacción entre factores genéticos, alteraciones en la neurobiología cerebral y componentes ambientales como el estrés prolongado o experiencias traumáticas; en este sentido, el trastorno presenta una tendencia hereditaria similar a la del cuadro bipolar, lo cual sugiere una predisposición biológica latente que, sumada a un entorno hostil, favorece su desarrollo (Mayo Clinic, 2022).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2023) mediante del DSM V-TR determina los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno ciclotímico.



Criterios diagnósticos

- Durante 2 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.
- Durante el período de 2 años citado anteriormente (un año en niños y adolescentes), los síntomas del Criterio A han estado presentes al menos la mitad del tiempo y el individuo no ha presentado síntomas durante más de 2 meses seguidos.
- Nunca se han cumplido los criterios para un episodio de depresión mayor, maníaco o hipomaníaco.
- 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.
- 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).

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

Nota: Especificar con ansiedad (revisar si se cumplen los criterios).

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 159-160-), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.14.2 Características diagnósticas

Para agregar, el DSM-5-TR señala que el trastorno ciclotímico se describe como un patrón crónico y fluctuante del estado de ánimo, caracterizado por oscilaciones persistentes entre síntomas hipomaníacos y depresivos subumbrales que no configuran episodios completos (Criterio A) este curso prolongado y variable suele mantenerse durante

años, con una presentación continua y sin periodos extensos de remisión (Criterio B) lo que da lugar a una inestabilidad afectiva sostenida en el tiempo cuando durante la evolución aparecen episodios afectivos mayores el diagnóstico debe modificarse y dejar de considerarse ciclotímico (Criterio C).

Asimismo, es fundamental descartar que el cuadro se explique mejor por trastornos psicóticos (Criterio D) por efectos de sustancias o por otra condición médica (Criterio E) aunque en ciertos momentos pueda observarse un funcionamiento aparentemente conservado, el patrón repetitivo e impredecible de los cambios del ánimo termina generando un deterioro clínicamente significativo en el ámbito social, laboral o interpersonal (Criterio F) debido tanto a la intensidad acumulativa de los síntomas como a la irregularidad que interfiere en la estabilidad de los roles cotidianos.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p. 160-), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.14.3 Funciones asociadas

En relación con las funciones afectadas, Baena Zúñiga et al. (2005) señalan que:

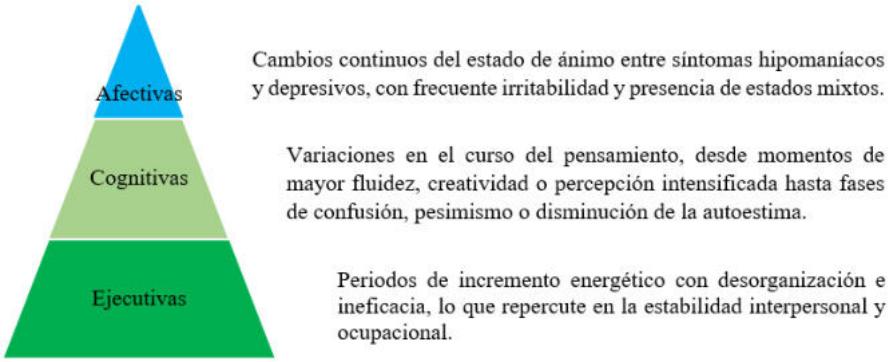


Figura 15. Funciones asociadas.

2.14.4 Prevalencia

En términos de prevalencia, se estima que en la población general el trastorno ciclotímico presenta una frecuencia aproximada del 1% y que entre un 3% y un 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios pueden cumplir criterios para este diagnóstico asimismo se ha señalado una mayor presencia en contextos clínicos asociados al trastorno bipolar I y al trastorno límite de la personalidad, con una proporción hombre mujer cercana a 3:2 y un inicio habitual entre la adolescencia y el inicio de la adultez, lo que confirma su aparición temprana y su curso crónico (Baena Zúñiga et al., 2005).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2023) en del DSM V-TR explica los siguientes diagnósticos diferenciales.

Tabla 13. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica:	Se diferencia del trastorno ciclotímico cuando la alteración del ánimo es consecuencia directa de una enfermedad médica demostrable mediante evaluación clínica y estudios complementarios si los síntomas son efecto fisiológico de esa condición el diagnóstico corresponde al cuadro médico y no a un trastorno afectivo primario.
Trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos y trastornos relacionados, y trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos:	La clave diferencial es la relación causal con el consumo de una sustancia o fármaco en estos casos los cambios del estado de ánimo se vinculan temporalmente al uso y tienden a remitir al suspenderlo a diferencia del trastorno ciclotímico donde la inestabilidad persiste sin depender de agentes externos.
Trastorno bipolar I, con ciclos rápidos, y trastorno bipolar II, con ciclos rápidos:	Aunque comparten fluctuaciones frecuentes del ánimo en los trastornos bipolares existen episodios afectivos completos que cumplen criterios formales mientras que en el trastorno ciclotímico los síntomas son persistentes, pero no alcanzan la intensidad ni duración de episodios mayores.
Trastorno límite de la personalidad:	Puede confundirse por la variabilidad emocional sin embargo en este predominan cambios breves asociados a ansiedad, irritabilidad y conflictos interpersonales junto con posibles conductas autolesivas en la ciclotimia las variaciones incluyen elevación del ánimo y aumento de energía si se cumplen criterios de ambos diagnósticos pueden establecerse de manera conjunta.

¿AÚN TIENES DUDAS?

¡Te dejo un podcast corto que explica con ejemplos, el Trastorno Ciclotímico!

https://youtu.be/rD_h2wRDGvw?si=Z26HXdCbYELGYwO4



¡A la práctica!

¡Aquí hay mini casos para consolidar el aprendizaje! Responde en un cuaderno o hoja.

Caso 1

Andrea, 19 años, presenta desde hace dos años cambios persistentes del estado de ánimo. Refiere semanas en las que duerme poco, habla más de lo habitual y se siente especialmente productiva, seguidas de periodos de tristeza leve, baja autoestima y menor energía. Nunca ha cumplido criterios de episodio depresivo mayor ni hipomaníaco completo. No consume sustancias y no presenta enfermedad médica.

¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

Justifique su respuesta con al menos dos criterios clínicos clave.

Caso 2

María, 28 años, presenta inestabilidad emocional marcada, conductas autolesivas, miedo intenso al abandono y relaciones interpersonales caóticas. Sus cambios emocionales suelen desencadenarse por conflictos interpersonales y predominan la irritabilidad y la tristeza, sin periodos claros de elevación del ánimo o aumento sostenido de energía.

¿Qué diagnóstico diferencial debe considerarse prioritariamente?

Señale el elemento clave que permite diferenciarlo del trastorno ciclotímico.

Reflexiona en grupo:

¿Por qué el diagnóstico diferencial es fundamental en el trastorno ciclotímico y qué riesgos clínicos existirían si se confundiera con un trastorno bipolar I o con un trastorno límite de la personalidad?

2.15 Trastorno Bipolar y Trastornos Relacionado Inducido por Sustancias/Medicamentos

¿Qué es?

El trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos se define como una alteración del estado de ánimo caracterizada por síntomas compatibles con manía que emergen durante o poco después de la exposición, intoxicación o abstinencia de una sustancia capaz de producir dichos efectos. En esta presentación la sintomatología afectiva mantiene una relación temporal directa con el consumo o retirada de agentes como simpaticomiméticos, alcohol, corticosteroides o ciertos antidepresivos, lo que permite comprender el cuadro como una reacción secundaria a un factor externo más que como una desregulación afectiva autónoma (Coryell, 2025).

2.15.1 Etiología

La etiología de los trastornos bipolares y relacionados inducidos por sustancias se comprende a partir de la interacción entre factores neurobiológicos y contextuales asociados al consumo, estos cuadros pueden desarrollarse tanto durante la intoxicación como en la abstinencia, siendo el alcohol uno de los agentes más frecuentemente implicados, seguido por la cocaína y los opioides; asimismo, ciertos fármacos de uso médico como el interferón, los corticosteroides, la digoxina o los antiepilépticos pueden precipitar estados maníacos o depresivos.

Desde una perspectiva fisiopatológica, se plantea que estas sustancias alteran la transmisión de neurotransmisores en circuitos neuronales clave, entre ellos el sistema mesolímbico y el circuito de Papez, lo que favorece la emergencia de sintomatología afectiva. A su vez, la evidencia reciente sugiere que la vulnerabilidad genética incrementa la diátesis tanto para los trastornos por consumo de sustancias como para los trastornos del estado de ánimo, configurando así un modelo etiológico multifactorial (Revadigar y Gupta, 2022).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2023) mediante del DSM V-TR determina los siguientes criterios diagnósticos para este trastorno:

Criterios diagnósticos

• Una alteraciòn importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal de la actividad o la energía.

B. Existen evidencias a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

• Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia, o después de la exposición a o la retirada de un medicamento.

• La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno bipolar o un trastorno relacionado no inducido por sustancias/medicamentos. La evidencia de un trastorno bipolar independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave; o existen otras pruebas de la existencia de un trastorno bipolar o un trastorno relacionado independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

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

Nota de Codificación:

La codificación depende de la gravedad del consumo asociado, modificando la 4ª posición del código:

.14 (Leve): Se antepone "Trastorno leve por consumo de [sustancia]".

.24 (Moderado/Grave): Se antepone "Trastorno moderado/grave por consumo".

.94 (Sin trastorno por consumo): Para consumos puntuales o reacciones a medicamentos.

Principales códigos:

Alcohol: F10.14 (Leve) / F10.24 (Mod-Grave).

Cocaína: F14.14 (Leve) / F14.24 (Mod-Grave).

Anfetaminas: F15.14 (Leve) / F15.24 (Mod-Grave).

Sedantes: F13.14 (Leve) / F13.24 (Mod-Grave).

2.15.2 Especificaciones

De igual forma en el manual se realizan las siguientes especificaciones:

- Con inicio durante la intoxicación: Criterios completos y los síntomas aparecen durante la intoxicación.
- Con inicio durante la abstinencia: Criterios completos y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la retirada.
- Con inicio después de usar el medicamento: Si los síntomas aparecen al principio de usar el medicamento, al cambiar la forma de uso del medicamento o durante la retirada del medicamento.

2.15.3 Características diagnósticas

En paralelo la APA menciona las siguientes características diagnosticas, el trastorno bipolar inducido por sustancias se identifica por una modificación persistente del ánimo que destaca en la consulta, caracterizándose por irritabilidad, euforia o un aumento inusual de energía (Criterio A) que se considera consecuencia directa del uso de drogas o medicamentos (Criterio B). Para confirmar este diagnóstico, los síntomas deben aparecer durante o poco tiempo después de la intoxicación, la abstinencia o el consumo del fármaco (Criterio B1), siempre que la sustancia tenga la capacidad biológica de generar tales efectos (Criterio B2).

Se debe diferenciar de un trastorno bipolar independiente observando si el malestar inició antes del consumo o si continúa presente un mes después de haber dejado la sustancia (Criterio C), además de descartar que el cuadro suceda solo durante un delirium (Criterio D) y asegurar que afecte seriamente la vida social o laboral (Criterio E). Es importante notar que, si la manía surge por un antidepresivo y persiste tras

desaparecer el efecto del fármaco, se considera un trastorno bipolar real y no un episodio inducido, por lo cual no deben confundirse síntomas aislados como el nerviosismo con un síndrome maníaco completo.

2.15.4 Funciones asociadas

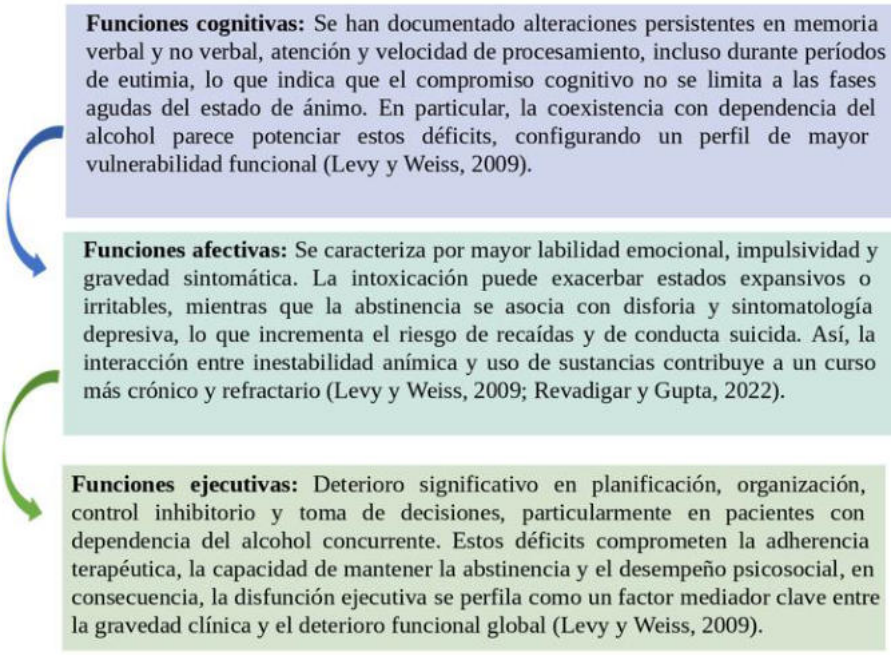


Figura 16. Funciones asociadas.

2.15.5 Prevalencia y diagnóstico

La prevalencia de trastornos depresivos inducidos por sustancias en la población general es de apenas **0,26 - 1 %**, pero en contextos de consumo problemático de alcohol, entre el **40 % y 60 %** de los pacientes experimenta episodios depresivos fisiológicamente atribuibles a la sustancia (Revadigar y Gupta, 2022). En pacientes con trastorno bipolar

tipo I, la prevalencia de vida de cualquier trastorno por uso de sustancias alcanza entre el **40 % y 61 %**, mientras que en el tipo II las tasas oscilan entre el **20 % y 48 %**, siendo el alcohol, el cannabis y la cocaína las sustancias predominantes (Cerullo y Strakowski, 2007).

Estos datos han sido replicados en muestras clínicas europeas. En el Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual, el 20,8 % de los 837 pacientes evaluados presentaban diagnóstico de trastorno bipolar a lo largo de la vida, y dentro de este grupo la mayoría cumplía criterios de trastorno por uso de sustancias, especialmente alcohol y cocaína; además, en los centros de drogodependencias, casi una cuarta parte de los pacientes atendidos (24,3 %) tenía diagnóstico bipolar, lo que confirma la elevada concurrencia en dispositivos asistenciales (Arias et al., 2017).

Con respecto al diagnóstico diferencial, la Asociación Americana de Psiquiatría (2023) mediante del DSM V-TR determina los siguientes:

Tabla 14. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Trastorno bipolar y relacionado debido a otra afección médica:	Se diferencia del trastorno ciclotímico cuando la alteración del ánimo es consecuencia directa de una enfermedad médica demostrable mediante evaluación clínica y estudios complementarios si los síntomas son efecto fisiológico de esa condición el diagnóstico corresponde al cuadro médico y no a un trastorno afectivo primario.

Trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos y trastornos relacionados, y trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos:	La clave diferencial es la relación causal con el consumo de una sustancia o fármaco en estos casos los cambios del estado de ánimo se vinculan temporalmente al uso y tienden a remitir al suspenderlo a diferencia del trastorno ciclotímico donde la inestabilidad persiste sin depender de agentes externos.
Trastorno bipolar I, con ciclos rápidos, y trastorno bipolar II, con ciclos rápidos:	Aunque comparten fluctuaciones frecuentes del ánimo en los trastornos bipolares existen episodios afectivos completos que cumplen criterios formales mientras que en el trastorno ciclotímico los síntomas son persistentes, pero no alcanzan la intensidad ni duración de episodios mayores.
Trastorno límite de la personalidad:	Puede confundirse por la variabilidad emocional sin embargo en este predominan cambios breves asociados a ansiedad, irritabilidad y conflictos interpersonales junto con posibles conductas autolesivas en la ciclotimia las variaciones incluyen elevación del ánimo y aumento de energía si se cumplen criterios de ambos diagnósticos pueden establecerse de manera conjunta.

¿AÚN TIENES DUDAS?

¡Te dejo un podcast corto que explica con ejemplos, el Trastorno Bipolar inducido por sustancias!

https://youtu.be/ShG3Oi7UX1s?si=9XfGftiagO7o9J0b



¡A la práctica!

Instrucciones para los estudiantes:

Lee cada caso clínico y responde:

- ¿Corresponde a trastorno bipolar primario o a trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos?
- Justifica tu respuesta con al menos un criterio diagnóstico.

Caso 1

María, de 28 años, comenzó a presentar un estado de ánimo extremadamente elevado, habla acelerada, disminución de la necesidad de dormir y gran energía. Estos síntomas aparecieron dos días después de iniciar un tratamiento con corticoides para una enfermedad autoinmune.

- **Pregunta:** ¿El cuadro corresponde a trastorno bipolar primario o inducido por sustancias/medicamentos?

Caso 2

Andrés, de 35 años, presenta episodios recurrentes desde los 20 años de estado de ánimo elevado, conducta impulsiva, poco sueño y gastos excesivos. Los episodios aparecen sin relación con consumo de sustancias o medicamentos.

- **Pregunta:** ¿El cuadro corresponde a trastorno bipolar primario o inducido?

2.16 Trastorno De Depresión Mayor

¿Qué es?

El trastorno depresivo mayor es un cuadro clínico que se distingue por la manifestación de diversos síntomas, que pueden abarcar desde alteraciones en el apetito y el sueño hasta la pérdida de interés o placer en actividades previamente gratificantes, así como la presencia de sentimientos de inutilidad e incluso pensamientos suicidas (Restrepo-Arango et al., 2017)

2.16.1 Etiología

Celleri et al., (2023) manifiesta que aunque se han propuesto diversas hipótesis y modelos explicativos sobre la etiología del Trastorno Depresivo Mayor, en la actualidad se reconoce que su aparición y mantenimiento obedecen a la interacción de múltiples factores, tanto biológicos como ambientales, sin que exista un consenso absoluto debido a la complejidad que caracteriza a los trastornos mentales, razón

por la cual en las últimas décadas se han formulado diferentes teorías orientadas a explicar su origen, tales como alteraciones en los sistemas de neurotransmisión, alteraciones genéticas e incluso alteraciones neuroanatómicas.



Criterios diagnósticos

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de 2 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.

- 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.)
- 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).
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en 1 mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

• Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

• Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

• 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).

• 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).

• Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, un plan específico de suicidio o un intento de suicidio.

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

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

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

Nota: Ante una pérdida significativa, es normal presentar síntomas idénticos a la depresión, como tristeza profunda o insomnio. Aunque estas reacciones sean comprensibles, el clínico debe evaluar si se trata de un duelo natural o de un trastorno de depresión mayor, basándose en la historia del paciente y su contexto cultural.

D. Al menos un episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo y no se superpone a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Procedimientos de codificación y registro:

La gravedad actual y las características psicóticas solo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los especificadores de remisión solo están indicados si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los códigos son los siguientes:

Especificador de gravedad/curso	Episodio único	Episodio recurrente
Leve	F32.0	F33.0
Moderado	F32.1	F33.1

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 183–184), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.16.2 Especificaciones

El trastorno de depresión mayor requiere los siguientes especificadores señalados por la Asociación Americana de Psiquiatría (2023) mediante del DSM V-TR:

Especificar:

- Con ansiedad
- Con características mixtas
- Con características melancólicas

Trastorno de depresión mayor

- Con características atípicas
- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo

- Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo
- Con catatonia: Utilizar el código adicional F06.1.
- Con inicio en el periparto
- Con patrón estacional

A diferencia del episodio depresivo, donde predomina una infelicidad constante y una pérdida drástica de la autoestima, el duelo se caracteriza por un sentimiento de vacío que fluye en oleadas y permite momentos de afecto positivo. En el duelo, la identidad personal se mantiene intacta y la culpa o los pensamientos de muerte no nacen de la inutilidad propia, sino del anhelo de honrar o reencontrarse con la persona perdida.

2.16.3 Características diagnósticas

En virtud de lo anterior el texto explica que el trastorno de depresión mayor se define por la presencia de al menos un episodio depresivo mayor sin antecedentes maníacos o hipomaníacos, en un período mínimo de dos semanas con ánimo deprimido o pérdida del interés o del placer la mayor parte del día, casi todos los días (Criterio A), acompañado de al menos cuatro síntomas adicionales que deben representar un cambio respecto al estado previo y mantenerse de forma persistente, generando malestar clínicamente significativo o deterioro funcional (Criterio B), incluso cuando el rendimiento aparente se conserve a costa de un esfuerzo desproporcionado.

El ánimo se muestra con tristeza, desesperanza, vacío, irritabilidad o predominio de quejas somáticas (Criterio A1), lo que obliga a una exploración clínica cuidadosa para evitar el infradiagnóstico,

especialmente cuando el motivo de consulta es insomnio o fatiga. La anhedonia implica disminución del interés o abandono de actividades antes gratificantes (Criterio A2), pudiendo incluir retraimiento social o reducción del deseo sexual.



Figura 17. Características diagnósticas.

Las alteraciones vegetativas comprenden cambios en el apetito o peso (Criterio A3) y en el sueño, tanto insomnio como hipersomnia (Criterio A4). Los cambios psicomotores pueden expresarse como agitación o enlentecimiento observables (Criterio A5), siendo indicadores de mayor gravedad cuando son marcados. La fatiga persistente y la baja energía (Criterio A6) explican gran parte del deterioro en el funcionamiento cotidiano.

A nivel cognitivo pueden presentarse sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, incluso con matiz delirante (Criterio A7), así como dificultades de concentración o indecisión (Criterio A8), que en adultos mayores pueden confundirse con deterioro neurocognitivo. Son frecuentes los pensamientos de muerte o ideación suicida (Criterio A9),

cuya evaluación debe considerar su recurrencia, planificación y evolución en el tiempo

Por último, el manual advierte que la información puede verse limitada por la propia sintomatología, por lo que el aporte de terceros resulta útil, además cuando coexiste una afección médica, los síntomas solo cuentan para el diagnóstico si no son completamente atribuibles a dicha condición, dando especial relevancia a los síntomas afectivos y cognitivos cuando existe superposición somática.

2.16.4 Funciones asociadas

Rock et al., (2013) en una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó 24 estudios, examinaron alteraciones en distintos dominios cognitivos (como funciones ejecutivas, memoria, atención y tiempo de reacción) mediante la batería neuropsicológica Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB), encontrando que, al comparar a pacientes con Trastorno Depresivo Mayor con sujetos sin depresión, el grupo clínico evidenciaba un mayor deterioro en funciones ejecutivas, memoria y atención.

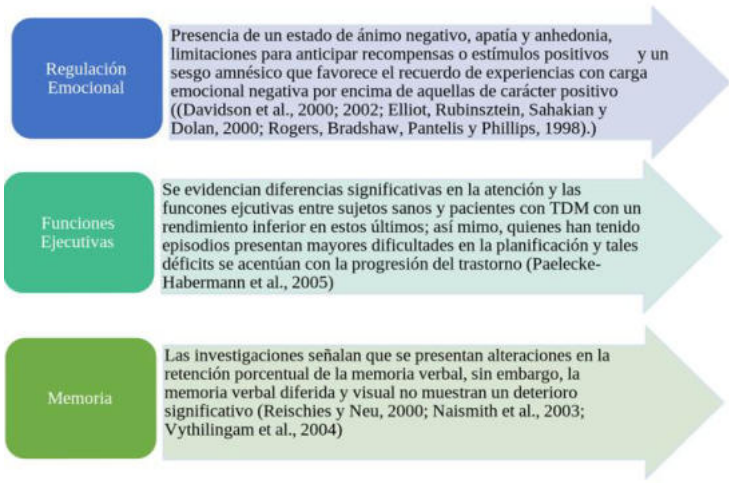


Figura 18. Funciones asociadas.

2.16.5 Prevalencia

Global Burden of disease (2025) oficializa que alrededor del 4,0 % de la población mundial padece depresión, cifra que incluye al 5,7 % de los adultos, con una prevalencia del 4,6 % en hombres y del 6,9 % en mujeres, y al 5,9 % de las personas de 70 años o más. Dentro de esta misma base de datos, se observa que a nivel global, cerca de 332 millones de individuos viven con este trastorno y que en 2021, aproximadamente 727 000 personas fallecieron por suicidio, constituyendo esta causa la tercera forma de muerte más común entre jóvenes de 15 a 29 años.

Asimismo, la depresión presenta una frecuencia aproximadamente 1,5 veces mayor en mujeres que en hombres. En el ámbito perinatal, más del 10 % de las mujeres embarazadas o en el período posterior al parto experimentan episodios depresivos (Woody CA et al., 2017).

Tabla 15. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Episodios maníacos con ánimo irritable o con características mixtas:	Cuando predomina la irritabilidad intensa debe descartarse un episodio maníaco o mixto, la evaluación se centra en verificar si existen síntomas maníacos suficientes para alcanzar el umbral diagnóstico, ya que su presencia orienta hacia manía y no hacia depresión mayor
Trastorno bipolar I, trastorno bipolar II u otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado:	La clave son los antecedentes de episodios maníacos o hipomaníacos, si existen episodios hipomaníacos previos sin manía el diagnóstico corresponde a trastorno bipolar II, la presencia de manía establece trastorno bipolar I. Los síntomas hipomaníacos subumbrales obligan a valorar si el cuadro encaja mejor dentro del espectro bipolar que en un trastorno depresivo mayor.
Trastorno depresivo debido a otra afección médica:	No se diagnostica depresión mayor cuando los síntomas son consecuencia fisiopatológica directa de una enfermedad médica identificable.
Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos:	Se establece cuando existe una sustancia relacionada etiológicamente con la alteración del ánimo, especialmente si los síntomas aparecen en contextos de intoxicación o abstinencia.

Trastorno depresivo persistente:	Se caracteriza por ánimo deprimido crónico durante al menos dos años, pudiendo diagnosticarse junto con depresión mayor si se cumplen criterios de ambos.
Trastorno disfórico premenstrual:	Se distingue por su patrón cíclico vinculado a la fase premenstrual, a diferencia de la depresión mayor que no depende del ciclo menstrual.
Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo:	Presenta irritabilidad persistente y arrebatos graves recurrentes como patrón estable, mientras que en la depresión mayor la irritabilidad se limita a los episodios y no constituye un patrón crónico entre crisis.
Episodios depresivos en trastornos psicóticos:	En los trastornos del espectro de la esquizofrenia pueden aparecer síntomas depresivos como rasgos asociados, solo se añade un diagnóstico depresivo cuando se cumplen todos los criterios de episodio depresivo mayor.
Trastorno esquizoafectivo:	Requiere al menos dos semanas de delirios o alucinaciones en ausencia de episodio depresivo mayor, criterio que lo diferencia de la depresión mayor con características psicóticas.
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad:	La distraibilidad y la irritabilidad pueden solaparse, si se cumplen criterios completos de ambos deben diagnosticarse conjuntamente.

Trastorno de adaptación con ánimo deprimido:	Si los síntomas surgen ante un estresor psicosocial pero no alcanzan todos los criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor, el diagnóstico adecuado es trastorno de adaptación.
Duelo:	El duelo se caracteriza por vacío y pérdida que fluctúan en oleadas asociadas a recuerdos del fallecido, mientras que en la depresión mayor el ánimo deprimido es más persistente y generalizado, aunque en personas vulnerables el duelo puede desencadenar un episodio depresivo.
Trastorno de duelo prolongado:	Implica anhelo persistente y malestar significativo más allá de 12 meses centrado en la pérdida, a diferencia del estado de ánimo globalmente deprimido de la depresión mayor, pudiendo coexistir ambos diagnósticos.
Tristeza:	Los estados normales de tristeza no constituyen depresión mayor salvo que cumplan criterios de gravedad, duración y deterioro clínicamente significativo.

Fuente: **Texto adaptado con base en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 191–192), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.**

¡A la práctica!

• Lea la siguiente lista y **marque los síntomas que han estado presentes durante al menos dos semanas** en un mismo periodo, representando un cambio respecto al funcionamiento previo.

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
Disminución marcada del interés o placer en casi todas las actividades.
Cambios significativos en el peso o en el apetito.
Insomnio o hipersomnia.
Agitación o enlentecimiento psicomotor.
Fatiga o pérdida de energía.
Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Reflexione:

• ¿Cuántos síntomas deben estar presentes para considerar un episodio de depresión mayor?

• ¿Cuál de estos síntomas debe aparecer obligatoriamente para el diagnóstico?

2.17 Trastorno depresivo persistente

¿Qué es?

El trastorno depresivo persistente, también llamado distimia, es un trastorno del estado de ánimo de curso crónico y generalmente de menor intensidad que la depresión mayor, caracterizado por un ánimo deprimido presente la mayor parte del tiempo durante al menos dos años, cuyo inicio suele ser gradual y frecuente en la juventud, y que se acompaña de síntomas como alteraciones del sueño, baja autoestima, dificultades de concentración, fatiga y otros cambios cognitivos y somáticos que afectan el funcionamiento cotidiano de la persona (Aguilar-Falcón, 2022; Goena y Molero, 2019)

2.17.1 Etiología

Sullivan et al., (2000); Kendler et al., (2006) y Kennis et al., (2020) manifiestan que según las conceptualizaciones biopsicosociales plantean que la depresión es un trastorno multifactorial originado por la interacción de factores biológicos, sociales, psicológicos y espirituales, y en el caso del trastorno depresivo persistente pueden intervenir

elementos de riesgo como la genética, la epigenética, antecedentes de enfermedad mental, rasgos de neuroticismo, altos niveles de ansiedad, baja autoestima, afectación de la salud psicológica, experiencias traumáticas, estresores vitales y determinantes sociales de la salud, aunque los síntomas depresivos son heterogéneos y existen pocos estudios que analicen a personas sanas al inicio, siendo además limitada la investigación sobre la aparición y recurrencia de estos síntomas.



Criterios diagnósticos

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

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 2 años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de 1 año.

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

- Poco apetito o sobrealimentación.

- Insomnio o hipersomnia.
- Poca energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de 2 años (1 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 2 meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante 2 años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco.

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

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

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

Nota: Si una persona con **Trastorno Depresivo Persistente** (2 años de evolución) cumple también los criterios de un **Episodio Depresivo Mayor**, se deben registrar **ambos diagnósticos** de forma conjunta. Para ello, se añade un especificador al trastorno persistente que indique si el episodio mayor es actual o intermitente.

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 193–194), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.17.2 Especificaciones

Las especificaciones correspondientes a este trastorno según la Asociación Americana de Psiquiatría (2023) mediante del DSM V-TR son:

Especificar si:

- Con ansiedad
- Con características atípicas

- En remisión parcial
- En remisión total
- Inicio temprano: Antes de 21 años.
- Inicio tardío: A partir de 21 años.

Especificar si (durante la mayor parte de los 2 años más recientes del trastorno depresivo persistente):

- **Con síndrome distímico puro:** No se cumplen criterios de depresión mayor en los últimos 2 años.
- **Con episodio de depresión mayor persistente:** Se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los últimos 2 años.
- **Con episodios intermitentes de depresión mayor**, **con episodio actual**: Se cumplen los criterios para depresión mayor, con lapsos de 8 semanas en al menos los 2 últimos años con síntomas más leves de lo normal.
- **Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual:** No se cumplen todos los criterios para depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios al menos en los 2 años anteriores.

Especificar la gravedad actual:

- Leve
- Moderado
- Grave

2.17.3 Características diagnósticas

Así mismo, el trastorno depresivo persistente se define por un ánimo deprimido presente la mayor parte del día, la mayoría de los días, durante al menos dos años (un año en niños y adolescentes) (Criterio A). Integra la antigua distimia y la depresión mayor crónica; un episodio depresivo mayor puede antecederlo o coexistir, y si los criterios de depresión mayor se mantienen durante dos años, deben diagnosticarse ambos trastornos de forma simultánea

Durante el período depresivo deben presentarse al menos dos de los seis síntomas adicionales (Criterio B), los cuales, especialmente en inicios tempranos, pueden vivirse como rasgos habituales y no ser referidos espontáneamente. Además, no deben existir intervalos libres de síntomas mayores a dos meses dentro del período requerido (Criterio C), lo que confirma su curso persistente.

2.17.4 Funciones asociadas

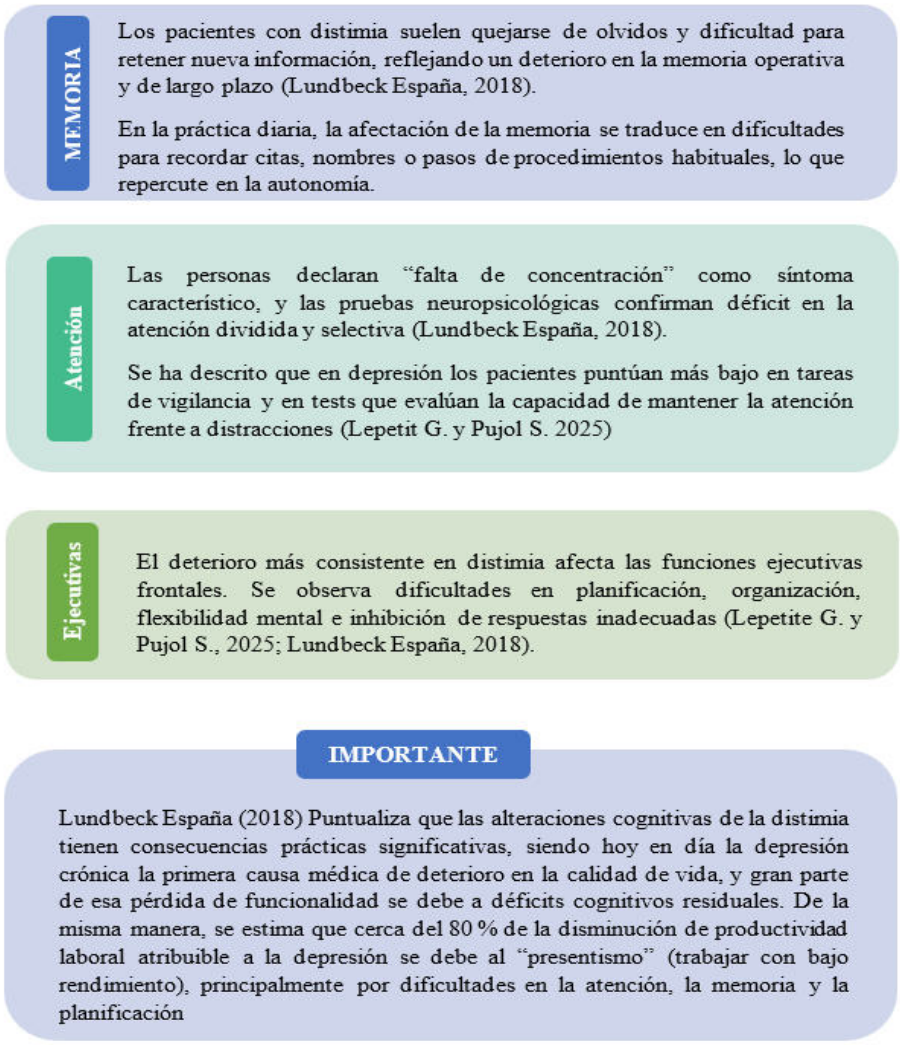


Figura 19. Funciones asociadas.

2.17.5 Prevalencia

De acuerdo a la Facultad de Medicina de Harvard, en la Encuesta Nacional de Comorbilidad (2017) la frecuencia del trastorno depresivo persistente en el último año en adultos estadounidenses de 18 años o más, estima que el 1,5 % de esta población experimentó el trastorno en

ese periodo. La prevalencia anual es superior en mujeres, con un 1,9 %, en comparación con los hombres, quienes registran un 1,0 %. De la misma manera, se calcula que el 2,5 % de los adultos en Estados Unidos lo padecerá en algún momento a lo largo de su vida.

En cuanto al nivel de afectación funcional durante el último año, este osciló entre leve y grave, según las puntuaciones obtenidas en la Escala de Discapacidad de Sheehan. Aproximadamente el 49,7 % de los casos presentó un deterioro severo, el 32,1 % mostró un deterioro moderado y el 18,2 % evidenció un impacto leve en su funcionamiento.

Tabla 16. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Trastorno depresivo mayor:	El trastorno depresivo persistente se diagnostica tras dos años de ánimo bajo y síntomas secundarios constantes. Si en ese tiempo se alcanza la gravedad de una depresión mayor, se añaden ambos diagnósticos y se especifica su curso: "distímico puro" si nunca hubo episodios mayores recientes, "persistente" si la depresión mayor ha sido continua por dos años, o "intermitente" si los episodios graves han aparecido y desaparecido, aclarando siempre si el paciente atraviesa un episodio crítico en el momento actual.
Otro trastorno depresivo especificado:	Este diagnóstico se reserva para casos que persisten más de dos años, pero no encajan en el perfil estándar del trastorno persistente, debido a la presencia de síntomas graves (como ideación suicida o falta de interés) que no figuran en sus criterios básicos. Si en

	algún momento se cumplieron todos los requisitos de un episodio grave, se diagnostica depresión mayor; de lo contrario, se clasifica como un trastorno depresivo especificado o no especificado.
Trastornos bipolar I y bipolar II:	Antecedentes de manía excluyen el diagnóstico y orientan a trastorno bipolar I, antecedentes de hipomanía sin manía indican bipolar II, y cuadros con hipomanía previa sin haber cumplido nunca criterios completos de episodio depresivo mayor pueden clasificarse como otro trastorno bipolar especificado.
Trastorno ciclotímico:	Se diagnostica en lugar de trastorno depresivo persistente cuando durante al menos dos años existen numerosos síntomas hipomaníacos subumbrales, sin períodos asintomáticos mayores de dos meses y sin haber cumplido criterios de episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco.
Trastornos psicóticos:	Los síntomas depresivos frecuentes en trastornos psicóticos crónicos no justifican un diagnóstico adicional de trastorno depresivo persistente si ocurren exclusivamente en el curso de dichos trastornos.
Trastorno depresivo o bipolar y relacionado debido a otra afección médica:	Se establece este diagnóstico cuando la alteración del ánimo se atribuye a efectos fisiopatológicos directos de una enfermedad médica demostrable según historia clínica, exploración y estudios complementarios; si no es así se diagnostica el trastorno mental primario y la afección médica como comorbilidad.
Trastorno depresivo o bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos:	Trastorno depresivo o bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos.

Trastornos de la personalidad:	Dado que los trastornos de la personalidad constituyen patrones persistentes iniciados tempranamente y pueden coexistir con sintomatología depresiva crónica, si se cumplen criterios de ambos deben diagnosticarse de manera concurrente.

Fuente: Texto adaptado con base en **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** ***(5.ª ed., texto revisado; pp. 195–197), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.***

¡A la práctica!

A continuación, se presentan diferentes situaciones clínicas relacionadas con alteraciones del estado de ánimo. Lea cada caso con atención y determine si los síntomas descritos corresponden a Depresión Mayor o Trastorno Depresivo Persistente (distimia), considerando la duración, intensidad y características de los síntomas según los criterios diagnósticos del DSM-5-TR.

https://wayground.com/join/quiz/69ae6240e928ce9ab489754d/start?studentShare=true



2.18 Trastorno disfórico premenstrual

¿Qué es?

Bacuilima y Cayambe (2024) definen al trastorno disfórico premenstrual es un cuadro clínico caracterizado por la aparición cíclica de sintomatología afectiva, cognitiva y somática durante la fase lútea del ciclo menstrual, vinculado a las fluctuaciones hormonales que se producen entre seis y diez días previos al inicio de la menstruación.

2.18.1 Etiología

García Ramírez (2010) expresa que el Trastorno Disfórico Premenstrual se entiende como un trastorno de origen multifactorial, en el que la interacción neuroendocrina entre los estrógenos y los sistemas monoaminérgicos, particularmente la serotonina (5-HT), se ha vinculado con la manifestación de los síntomas físicos y afectivos característicos. Asimismo, se han analizado variables socioculturales, como la concepción de la menstruación como una enfermedad, considerándolas dentro de los elementos que contribuyen a su etiología.



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.

B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:

- Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
- Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales.
- Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
- Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B:

- Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
- Dificultad subjetiva de concentración.

- Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
- Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
- Hipersomnia o insomnio.
- Sensación de estar agobiada o sin control.
- Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso.

Nota: Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

D. Los síntomas producen malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales, disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).

E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).

F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos. (**Nota:** El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)

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

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p. 197), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

2.18.2 Características diagnósticas

El trastorno disfórico premenstrual se define por síntomas afectivos centrales APA (2023) enumera algunos como: labilidad emocional, disforia y ansiedad que aparecen de manera cíclica en la fase premenstrual y remiten con el inicio de la menstruación, pudiendo añadirse manifestaciones conductuales y físicas. Deben presentarse en la mayoría de los ciclos del último año y producir deterioro funcional significativo, con posible modulación por factores culturales y sociales.

Estos síntomas suelen intensificarse al inicio del sangrado y debe existir un intervalo libre de síntomas en la fase folicular. No es suficiente la presencia aislada de síntomas somáticos o conductuales sin afectivos o ansiosos, aunque, su duración es limitada al ciclo, su gravedad puede equipararse a la de otros trastornos mentales, el diagnóstico requiere confirmación mediante registro prospectivo diario durante al menos dos ciclos y la constatación de malestar clínicamente relevante o afectación laboral o social marcada en la semana previa a la menstruación.

La presencia de inflamación sistémica y el aumento del estrés oxidativo interfieren en los procesos de plasticidad sináptica, lo que contribuye al empeoramiento de las alteraciones funcionales previamente mencionadas

2.18.3 Funciones asociadas

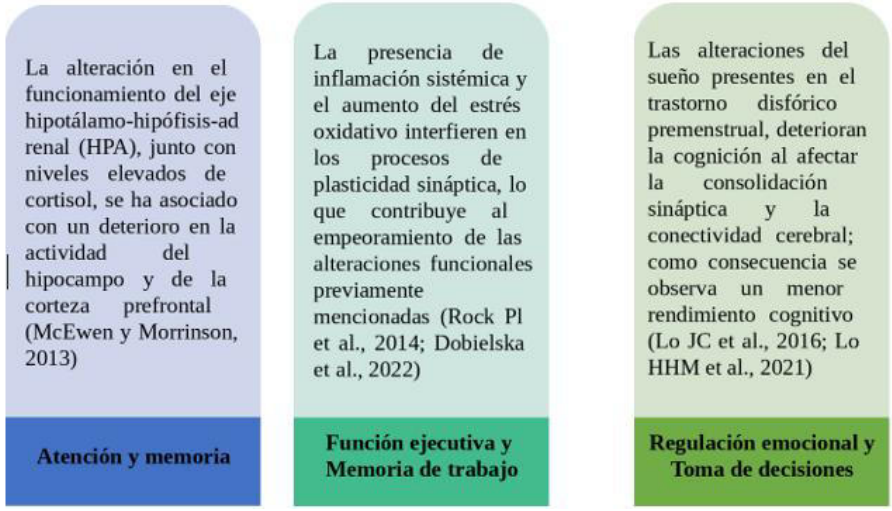
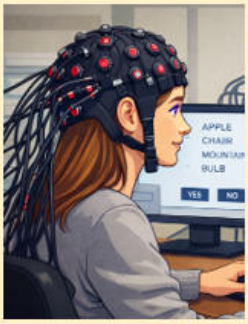


Figura 20. Funciones asociadas.

¡DATO CURIOSO!



Makiko et al. (2022) en su obra "Cognitive function evaluation in premenstrual syndrome during the follicular and luteal phases using near-infrared spectroscopy" destacan que en mujeres con SPM se evidenció deterioro cognitivo durante la fase lútea mediante NIRS, con diferencias significativas frente a quienes no presentaban el síndrome. Esta alteración, ausente en la fase folicular, se asoció a un mayor estado de ánimo negativo y sugiere un posible marcador objetivo basado en la actividad cerebral para el diagnóstico del SPM.

2.18.4 Prevalencia

Braverman PK (2007) precisa que el síndrome premenstrual (SPM) engloba diversos síntomas emocionales y psicológicos que afectan a cerca del 90% de las mujeres durante la fase lútea del ciclo menstrual, sin embargo, pese a su alta frecuencia, menos del 10% ha sido diagnosticado con trastorno disfórico premenstrual (TDPM)

Diversos estudios han reportado variaciones en la prevalencia del trastorno disfórico premenstrual (TDPM) según el país y la población analizada, encontrándose cifras de 17,6% en mujeres jóvenes de Brasil, 66,9% en una muestra etíope, 5,04% en estudiantes de ciencias de la salud en India y 10,2% en mujeres jordanas de 18 a 45 años (Thakrar P et al., 2021; Carvalho et al., 2018; Tsegave D y Getachew Y., 2019; Albsoul-Younes et al., 2018).

Tabla 17. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Síndrome premenstrual:	Se distingue porque no exige un mínimo de cinco síntomas ni la presencia obligatoria de síntomas afectivos y suele ser menos grave. Aunque también aparece en la fase premenstrual, la presencia exclusiva de manifestaciones somáticas o conductuales sin síntomas anímicos orienta a síndrome premenstrual y no a trastorno disfórico premenstrual.
Dismenorrea:	Corresponde a menstruaciones dolorosas sin predominio de cambios afectivos, sus síntomas inician con la menstruación, mientras que en el trastorno disfórico premenstrual comienzan antes del sangrado, aun si persisten algunos días.
Trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno depresivo persistente:	En estos cuadros los síntomas no siguen un patrón estrictamente premenstrual, aunque la paciente pueda percibir exacerbaciones cíclicas. El solapamiento sintomático dificulta la diferenciación, por lo que se requiere confirmación mediante registros prospectivos diarios para verificar la relación temporal con el ciclo.
Uso de tratamientos hormonales:	Si los síntomas aparecen tras iniciar hormonas exógenas, incluidos anticonceptivos, debe considerarse su efecto causal. La remisión al suspenderlas orienta a trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos más que a trastorno disfórico premenstrual.

Otras afecciones médicas:	Deben descartarse enfermedades crónicas que expliquen la disforia premenstrual, como alteraciones tiroideas o anemia, antes de confirmar el diagnóstico.

Nota. Texto adaptado con base en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 199–200), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¡A la práctica!

- Lee atentamente el siguiente caso y responde las preguntas que aparecen a continuación.

Caso clínico:
María, de 26 años, refiere que aproximadamente una semana antes de su menstruación comienza a experimentar cambios intensos en su estado de ánimo. Durante este periodo se siente muy irritable, llora con facilidad y tiene conflictos frecuentes con su pareja y compañeros de trabajo. También menciona sentirse muy fatigada, con dificultad para concentrarse y una marcada disminución de interés en actividades que normalmente disfruta. Estos síntomas desaparecen pocos días después de iniciar la menstruación. María comenta que esta situación se repite casi todos los meses y ha comenzado a afectar su desempeño laboral y sus relaciones personales.

- **Preguntas**
- ¿En qué fase del ciclo menstrual aparecen los síntomas descritos?
- Menciona al menos tres síntomas emocionales o cognitivos presentes en el caso.
- ¿Qué aspectos del caso permiten sospechar un trastorno disfórico premenstrual y no solo un síndrome premenstrual común?
- ¿Qué áreas de la vida de María se ven afectadas por estos síntomas?
- Según los criterios diagnósticos, ¿qué elemento temporal es clave para identificar este trastorno?





Esquizofrenia

A Beautiful Mind (2001)

Sinopsis clínica:

La película narra la vida del matemático John Nash, quien desarrolla delirios persecutorios y alucinaciones que afectan su vida académica y personal.

Síntomas observables:

Delirios persecutorios, alucinaciones visuales, pensamiento desorganizado, deterioro social

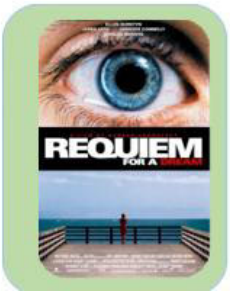


Trastorno delirante / Síntomas psicóticos

Take Shelter (2011)

Sinopsis clínica: Curtis comienza a experimentar visiones y sueños apocalípticos que lo llevan a desarrollar una fuerte convicción delirante de que un desastre inminente ocurrirá.

Síntomas observables: Ideas delirantes, miedo intenso injustificado, conducta defensiva extrema, deterioro del funcionamiento familiar



Trastorno Psicótico inducido por sustancias

Requiem for a Dream (2000)

Sinopsis clínica:

La película retrata el deterioro psicológico de varios personajes tras el consumo de sustancias psicoactivas.

Síntomas observables:

Alucinaciones, paranoia, deterioro cognitivo, desorganización conductual



Trastorno Bipolar I

Silver Linings Playbook (2023)

Sinopsis clínica: Pat, tras salir de un hospital psiquiátrico, intenta reconstruir su vida mientras lidia con episodios de desregulación emocional.

Síntomas observables:

Episodios de irritabilidad, impulsividad, discurso acelerado, cambios bruscos del estado de ánimo



Trastorno depresivo mayor

Melancholia

Sinopsis clínica:

La película sigue a Justine durante un episodio depresivo severo mientras enfrenta una crisis existencial.

Síntomas observables:

Anhedonia, desesperanza, aislamiento social y falta de motivación

CAPÍTULO III

3 TRASTORNOS ANÍMICOS

La experiencia del trauma y la exposición a eventos altamente estresantes constituyen uno de los ejes centrales en la comprensión de múltiples alteraciones psicopatológicas en el adulto y el adulto mayor. En este contexto, el capítulo desarrolla de manera detallada algunos trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, abordando sus manifestaciones clínicas, criterios diagnósticos y particularidades diferenciales. Se examinan aspectos fundamentales como los síntomas de intrusión, evitación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, así como los cambios en la activación y reactividad, elementos característicos del trastorno de estrés postraumático. Asimismo, se incorporan otros cuadros clínicos vinculados, como el trastorno de estrés agudo y los trastornos de adaptación, permitiendo una comprensión amplia de las respuestas psicológicas frente a situaciones adversas.

El abordaje de estos trastornos resulta esencial en la formación del psicólogo clínico, ya que permite comprender cómo los eventos vitales impactan de manera profunda en la estructura emocional, cognitiva y conductual de las personas, generando cuadros clínicos que requieren una evaluación cuidadosa y un diagnóstico diferencial preciso. En este sentido, el capítulo no solo fortalece el razonamiento clínico, sino que también promueve una visión contextualizada del sufrimiento humano. A través de la incorporación de actividades prácticas, ejercicios de análisis y recursos interactivos, se favorece un aprendizaje activo que facilita la integración del conocimiento teórico con su aplicación en

escenarios reales de intervención, consolidando competencias profesionales orientadas a una práctica clínica sensible, crítica y basada en evidencia.

3.1 Preguntas de enfoque

a) Preguntas de comprensión

1. ¿Cuáles son los principales síntomas que caracterizan los trastornos relacionados con el trauma?
2. ¿Qué diferencias existen entre el trastorno de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático en términos de duración y manifestación clínica?
3. ¿Qué tipos de síntomas conforman la categoría de intrusión en los trastornos relacionados con el trauma?
4. ¿Qué factores de riesgo influyen en la aparición de estos trastornos?

b) Preguntas de conocimiento

5. ¿Cómo influye la intensidad del evento traumático en el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático?
6. En un caso clínico, ¿cómo diferenciaría entre una respuesta normal al estrés y un trastorno relacionado con trauma?
7. ¿Qué implicaciones clínicas tiene la presencia de síntomas disociativos en pacientes con trauma?
8. ¿Cómo podrían intervenir los factores postraumáticos en la cronificación de los síntomas?

3.2 Objetivos de aprendizaje

Al finalizar el estudio de este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Identificar las características clínicas y criterios diagnósticos de los trastornos relacionados con la ansiedad, el trauma y los factores de estrés.
2. Analizar los distintos tipos de síntomas (intrusión, evitación, alteraciones cognitivas y activación fisiológica) presentes en estos trastornos.
3. Diferenciar entre trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático en función de su evolución clínica.
4. Aplicar criterios diagnósticos en la evaluación de casos clínicos relacionados con experiencias traumáticas.
5. Valorar la influencia de factores de riesgo en el desarrollo, mantenimiento y pronóstico de estos trastornos.

3.3 Trastornos Anímicos

La ansiedad forma parte de la experiencia humana universal: es una respuesta adaptativa que, en condiciones ordinarias, prepara al organismo para enfrentar situaciones de amenaza real. Sin embargo, cuando esta respuesta se vuelve desproporcionada, persistente e interfiere de manera significativa con el funcionamiento cotidiano, deja de ser una reacción normal y se convierte en un trastorno clínico que requiere atención especializada. Esta distinción conceptual es el punto de partida para comprender el conjunto de cuadros que se abordan en el presente capítulo.

Desde una perspectiva epidemiológica, los trastornos de ansiedad constituyen el grupo de trastornos mentales más frecuente en el mundo. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), se estima que el 4,4 % de la población mundial vive actualmente con algún trastorno de ansiedad, lo que equivale a aproximadamente 359 millones de personas. A pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, únicamente el 27,6 % de quienes los padecen recibe alguna forma de atención, una brecha que refleja tanto la insuficiente inversión en salud mental como la persistencia del estigma social asociado a estos diagnósticos. Este panorama se agravó considerablemente en el contexto de la pandemia de COVID-19: en su primer año, la OMS (2022) reportó que la prevalencia mundial de ansiedad y depresión aumentó en un 25 %, afectando de manera desproporcionada a mujeres y jóvenes.

Frente a este escenario, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, en su quinta edición, texto revisado (DSM-5-TR; American Psychiatric Association [APA], 2022), organiza los trastornos de ansiedad como una categoría diferenciada de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Esta distinción reconoce que, si bien ambos comparten mecanismos de activación del sistema de miedo, difieren en la naturaleza de sus desencadenantes, su expresión fenomenológica y su curso clínico. Lejos de constituir una clasificación meramente taxonómica, esta diferenciación tiene implicaciones clínicas relevantes para la evaluación, el diagnóstico diferencial y la selección de intervenciones terapéuticas. El presente capítulo aborda, desde esta perspectiva, los principales cuadros que conforman ambas categorías.

3.4 Trastorno de Ansiedad Social

¿Qué es?

El trastorno de ansiedad social es un trastorno de ansiedad caracterizado por un miedo intenso, persistente y desproporcionado a una o más situaciones sociales en las que la persona puede sentirse observada, evaluada o juzgada por los demás. El núcleo del problema no es la simple timidez, sino el temor a actuar de forma humillante, vergonzosa o torpe, lo que lleva a evitación, malestar intenso o interferencia significativa en el funcionamiento académico, laboral, interpersonal y cotidiano (Barnhill, 2023; MedlinePlus, 2023; Olivares et al., 2009).

3.4.1 Etiología

La etiología del trastorno de ansiedad social es multifactorial y se explica por la interacción entre factores biológicos y psicológicos. A nivel biológico, existe una mayor reactividad de los sistemas cerebrales implicados en la respuesta al miedo y la evaluación de amenazas sociales; mientras que, en el plano psicológico, predominan sesgos cognitivos como la interpretación negativa de las interacciones sociales y el temor intenso a la evaluación por parte de otros, lo que favorece la aparición y mantenimiento del trastorno (Baños et al., 2005; Grupo de Trabajo de la GPC de Trastornos de Ansiedad, 2008).

Criterios diagnósticos



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

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

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

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

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

F. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes y duran típicamente 6 meses o más.

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

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

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

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 esta o ser excesivos.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 229–230), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

3.4.2 Especificaciones

El trastorno de ansiedad social cuenta son los siguientes especificadores según APA (2023):

Especificar si:

- Solo actuación: El miedo se presenta cuando se realizan intervenciones sociales como hablar en público.
- El especificador solo de actuación en el trastorno de ansiedad social se aplica a quienes presentan miedo circunscrito a situaciones de desempeño público, especialmente aquellas relevantes en el ámbito profesional o académico como presentaciones, interpretaciones artísticas o competiciones. Estos individuos no temen ni evitan interacciones sociales generales, sino exclusivamente contextos donde deben actuar o exponerse ante otros.

3.4.3 Factores de riesgo

Los factores de riesgo del trastorno de ansiedad social corresponden a condiciones personales, familiares y contextuales que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle este trastorno. Aunque ninguno de estos factores por sí solo determina su aparición, la evidencia indica que la interacción entre características temperamentales, experiencias sociales negativas y estilos de crianza puede incrementar la vulnerabilidad a la ansiedad en situaciones de evaluación social (Espinosa-Fernández et al., 2016; Olivares et al., 2009).

- Inhibición conductual o temperamento tímido: tendencia temprana a la timidez, retraimiento o evitación frente a situaciones sociales nuevas.

- Experiencias sociales negativas: antecedentes de burla, humillación, rechazo o acoso escolar que refuerzan el miedo a la evaluación social.
- Estilos de crianza sobreprotectores o críticos: contextos familiares con alta crítica, control excesivo o escasa promoción de autonomía.
- Modelos parentales ansiosos: presencia de ansiedad social o conductas evitativas en los padres o cuidadores.
- Sesgos cognitivos negativos: tendencia a interpretar las interacciones sociales de forma amenazante o a sobreestimar el juicio de los demás (Espinosa-Fernández et al., 2016; Baños et al., 2005).

3.4.4 Características diagnósticas

Por añadidura, el texto trabaja con características diagnósticas que permiten reconocer de manera más precisa, en este caso, el trastorno de ansiedad social se define por miedo o ansiedad intensa ante situaciones en las que la persona puede ser observada o evaluada por otros (Criterio A), en niños debe presentarse con pares y no únicamente con adultos. El temor central es la evaluación negativa (Criterio B), ya sea por actuar de manera que resulte humillante o por manifestar signos visibles de ansiedad como rubor, temblor, sudoración o bloqueo verbal, pudiendo variar su contenido según el contexto cultural.

Las situaciones sociales casi siempre desencadenan ansiedad (Criterio C), que puede ser anticipatoria y prolongarse antes del evento; dichas situaciones se evitan o se soportan con intenso malestar (Criterio D),

mediante evitación directa o conductas de seguridad más sutiles, el miedo resulta desproporcionado respecto al riesgo real y a sus posibles consecuencias (Criterio E), valoración que debe considerar el entorno sociocultural. La duración es de al menos seis meses (Criterio F) y debe generar malestar clínicamente significativo o deterioro funcional en el ámbito social, académico u ocupacional (Criterio G), superando los temores sociales transitorios o situacionales.

3.4.5 Funciones asociadas

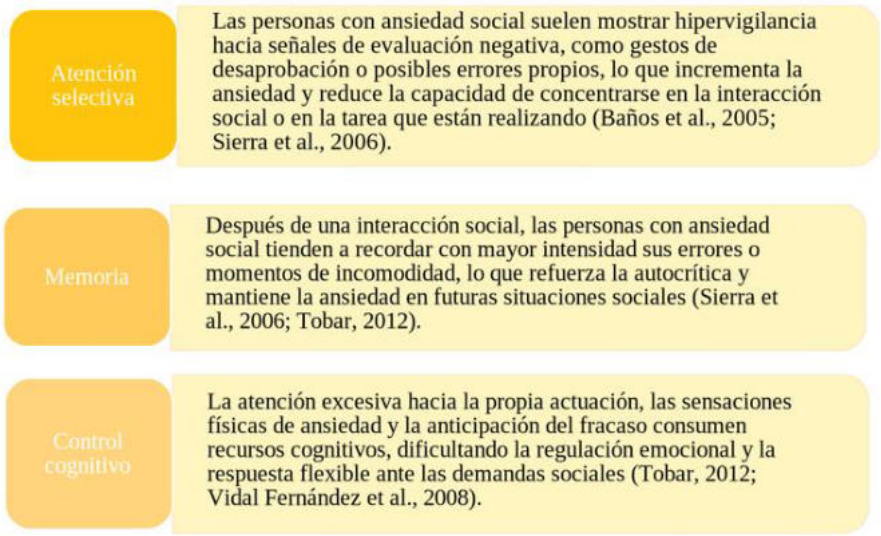


Figura 21. Funciones asociadas.

3.4.6 Prevalencia

La prevalencia anual del trastorno de ansiedad social en Estados Unidos se estima aproximadamente en un **7 %**. En diferentes regiones del mundo se han encontrado cifras menores cuando se utiliza el mismo instrumento diagnóstico, situándose entre **0,5 % y 2 %**, con una media

aproximada cercana al **2,3 %**. Algunos estudios indican que la prevalencia podría estar aumentando en Estados Unidos y en varios países de Asia Oriental.

En los adolescentes más jóvenes (13–17 años), la prevalencia a 12 meses suele ser menor que en los adultos, y tiende a disminuir progresivamente después de los 65 años. En términos generales, la prevalencia anual en la población adulta de Norteamérica, Europa y Australia se sitúa aproximadamente entre 2 % y 5 %.

Diversas investigaciones han mostrado que el trastorno de ansiedad social es más frecuente en mujeres que en hombres, con odds ratios que oscilan entre 1,5 y 2,2, siendo esta diferencia más evidente durante la adolescencia y la adultez temprana. Sin embargo, en contextos clínicos las tasas entre hombres y mujeres suelen ser más similares o incluso ligeramente mayores en hombres, lo que sugiere que los roles de género y las expectativas sociales pueden influir en la mayor búsqueda de ayuda por parte de los varones.

Finalmente, en Estados Unidos se ha observado que la prevalencia del trastorno es menor en personas de origen asiático, latinoamericano y afrocaribeño, en comparación con la población blanca no hispana.

Nota. Texto adaptado con base en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 233–235), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

Tabla 18. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Timidez normal:	La timidez es un rasgo no patológico e incluso socialmente valorado en algunos contextos; solo se diagnostica trastorno de ansiedad social cuando existe deterioro funcional significativo y se cumplen todos los criterios clínicos.
Agorafobia:	En la agorafobia el temor se centra en no poder escapar o recibir ayuda ante síntomas incapacitantes, mientras que en el trastorno de ansiedad social predomina el miedo a la evaluación negativa; además, quien presenta ansiedad social suele estar tranquilo si permanece solo.
Trastorno de pánico:	Las crisis en la ansiedad social son situacionales y ligadas a contextos sociales, con preocupación principal por la evaluación ajena, a diferencia del trastorno de pánico donde los ataques son inesperados y el temor se orienta a su recurrencia.
Trastorno de ansiedad generalizada:	Aunque pueden existir preocupaciones sociales, en la ansiedad generalizada el foco es amplio y no se limita a la evaluación negativa ni al desempeño social.
Trastorno de ansiedad por separación:	La evitación social obedece al miedo a separarse de figuras de apego y desaparece en su presencia, mientras que en la ansiedad social el malestar persiste incluso acompañado.
Fobias específicas:	El temor se restringe a un objeto o situación concreta y no implica miedo generalizado a la evaluación social.
Mutismo selectivo:	Trastorno depresivo o bipolar y relacionado inducido por sustancias/medicamentos.

Trastorno depresivo mayor:	La preocupación por la opinión ajena deriva de sentimientos de inutilidad o falta de valía, no del temor a conductas sociales específicas o a manifestaciones visibles de ansiedad.
Trastorno dismórfico corporal:	La evitación social se explica exclusivamente por la preocupación por defectos físicos percibidos; si el temor se limita a esta creencia no se diagnostica ansiedad social independiente.
Trastorno delirante:	El rechazo o la crítica se interpretan desde creencias delirantes firmes, mientras que en la ansiedad social suele existir conciencia de que el temor es desproporcionado.
Trastorno del espectro autista:	En el espectro autista predominan déficits persistentes en la comunicación social, en tanto que en la ansiedad social las habilidades son adecuadas pero inhibidas por el miedo.
Trastornos de la personalidad:	El trastorno de la personalidad evitativa muestra un patrón más amplio, estable y con autoconcepto globalmente negativo desde etapas tempranas; la ansiedad social puede coexistir, pero es menos abarcativa.
Otros trastornos mentales:	En esquizofrenia existen síntomas psicóticos adicionales; en trastornos alimentarios u obsesivo-compulsivo la ansiedad social debe ser independiente de las conductas nucleares para justificar un diagnóstico adicional.
Otras condiciones médicas:	Cuando el temor a la evaluación por síntomas físicos de una enfermedad es claramente excesivo puede considerarse ansiedad social, tras descartar que la reacción sea proporcional.

Trastorno negativista desafiante:	La negativa a hablar por oposición a la autoridad debe diferenciarse del silencio motivado por miedo a la evaluación negativa.

Fuente: Texto adaptado con base en Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; pp. 233–235), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¡A la práctica!

- **Lee el siguiente caso clínico.**

Elizabeth, estudiante de 16 años, debe exponer un trabajo frente a su clase. Antes de iniciar la exposición piensa: "Seguro me voy a equivocar y todos se van a reír de mí". Durante la exposición siente que su corazón late rápido, evita mirar a sus compañeros y habla muy rápido para terminar lo antes posible. Al finalizar, experimenta un intenso alivio, pero también vergüenza por su desempeño, percibiendo que lo hizo peor de lo que realmente ocurrió. En los días previos a la exposición, presenta dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes sobre posibles errores. Debido a estas experiencias, ha comenzado a evitar participar voluntariamente en clase y teme futuras presentaciones.

- **Responde las siguientes preguntas**
- ¿Qué emociones experimenta María?
- ¿Qué síntomas físicos se pueden identificar en la situación?
- ¿Qué conductas de evitación o seguridad muestra María?
- ¿Qué información adicional necesitaría un profesional de la salud mental para confirmar el diagnóstico?
- Explica brevemente en qué se diferenciaría este caso de una timidez normal.

3.5 Trastorno de pánico

¿Qué es?

El trastorno de pánico se caracteriza por la presencia de una o varias crisis de pánico que aparecen de manera inesperada para la persona, manifestándose como episodios repentinos de miedo intenso que surgen sin una causa aparente o sin que el individuo logre identificar el motivo de su aparición (Moreno et al., 2007)

3.5.1 Etiología

El National Institute of Mental Health (2025) determina que el trastorno de pánico podría tener cierta influencia hereditaria, aunque no se conoce con precisión por qué algunos miembros de una familia lo desarrollan y otros no, las investigaciones indican que diferentes áreas del cerebro y procesos biológicos intervienen en las respuestas de miedo y ansiedad, por lo que los ataques de pánico se consideran una especie de "falsa alarma" del organismo en la que los mecanismos de supervivencia se activan de forma intensa y repentina, generando interpretaciones catastróficas de los síntomas físicos y favoreciendo nuevas crisis, además del posible papel del estrés y los factores ambientales en su aparición.



Criterios diagnósticos

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.

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

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

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretas, 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).

Nota. Información tomada y adaptada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 235–236), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

3.5.2 Factores de riesgo

Mayo Clinic (2018) puntualiza que entre los factores que pueden incrementar el riesgo de desarrollar ataques de pánico se encuentran los antecedentes familiares del trastorno, la presencia de situaciones de estrés significativo como la muerte o enfermedad grave de un ser querido, la vivencia de eventos traumáticos como agresiones o accidentes, así como cambios importantes en la vida, por ejemplo, un divorcio o la llegada de un hijo. También se han asociado el consumo

excesivo de tabaco o cafeína y los antecedentes de maltrato físico o abuso sexual durante la infancia.

3.5.3 Características diagnósticas

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2023) el trastorno de pánico se define por ataques de pánico inesperados y recurrentes (Criterio A) que consiste en una oleada brusca de miedo o malestar intenso que alcanza su pico en minutos y se acompaña de cuatro o más síntomas físicos y cognitivos; inesperado implica ausencia de desencadenante identificable, incluso en reposo o durante el sueño, y su determinación requiere valoración clínica contextual, la presencia de ataques esperados no excluye el diagnóstico, siempre que existan crisis inesperadas repetidas

La frecuencia puede variar desde episodios esporádicos hasta períodos de mayor concentración, y la intensidad oscila entre ataques completos y limitados, aunque el diagnóstico exige más de una crisis inesperada con sintomatología plena. Los ataques nocturnos, caracterizados por despertar en pánico, suelen asociarse a mayor gravedad clínica, además, debe presentarse preocupación persistente por nuevas crisis o por sus implicancias físicas, sociales o mentales, o cambios conductuales desadaptativos destinados a prevenirlas (Criterio B), como evitar esfuerzos físicos, restringir actividades o modificar rutinas; si se cumplen criterios de agorafobia, esta se diagnostica de forma independiente.

3.5.4 Funciones asociadas



Figura 22. Funciones asociadas.

3.5.5 Prevalencia

El trastorno de pánico es un trastorno psiquiátrico común y grave. Su prevalencia actual estimada es del 1% al 2% de la población adulta (Yates W. 2009). En Estados Unidos y varios países europeos se sitúa entre el 2 % y el 3 % en adultos y adolescentes, mientras que en regiones de Asia, África y Latinoamérica varía entre el 0,1 % y el 0,8 % (APA, 2013). Además, suele iniciarse alrededor de los 20 años y se presenta con mayor frecuencia en mujeres, quienes tienen aproximadamente el doble de probabilidad de padecerlo en comparación con los hombres (Álvarez, 2003).

Tabla 19. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Ataques de pánico con síntomas limitados únicamente:	No se diagnostica trastorno de pánico si las crisis inesperadas no alcanzan la sintomatología completa requerida; en tales casos corresponde considerar otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado.
Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica:	No se diagnostica trastorno de pánico cuando los ataques se explican por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. La historia clínica y la evaluación complementaria permiten establecer la causa; inicio después de los 45 años o síntomas atípicos durante la crisis orientan a etiología médica.
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos:	No se establece el diagnóstico si las crisis se deben a intoxicación o abstinencia de sustancias. Si los ataques persisten fuera de ese contexto o preceden al consumo, puede diagnosticarse trastorno de pánico de forma concurrente; la aparición tardía o síntomas inusuales también obligan a descartar etiología orgánica o tóxica.
Otros trastornos mentales con ataques de pánico como característica asociada:	En otros trastornos de ansiedad los ataques suelen ser esperados y vinculados a desencadenantes específicos, por lo que no cumplen (Criterio A). Si las crisis ocurren exclusivamente ante estímulos definidos, se diagnostica el trastorno

	correspondiente; cuando existen ataques inesperados y además preocupación persistente o cambios conductuales relacionados (Criterio B), debe considerarse el diagnóstico adicional de trastorno de pánico.

Fuente: Texto adaptado con base en Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado; pp. 240–241), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¡A la práctica!

Aquí tienes un caso clínico que te permitirá aplicar tus conocimientos teóricos.

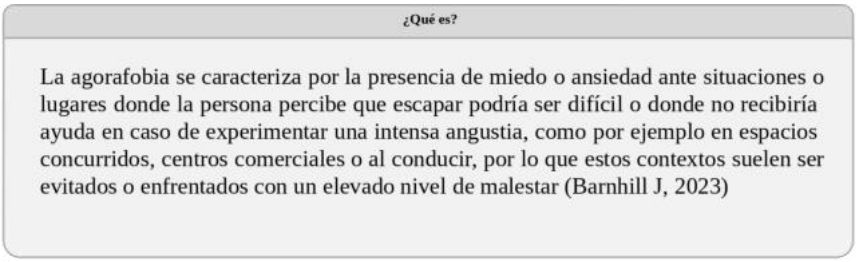
Caso:
Laura, de 24 años, se encontraba en un centro comercial cuando de repente comenzó a sentir un miedo intenso acompañado de palpitaciones fuertes, sudoración, dificultad para respirar, mareo y la sensación de que iba a perder el control o morir. El episodio duró aproximadamente 10 minutos y luego los síntomas disminuyeron. Después de este evento, Laura comenzó a preocuparse constantemente por la posibilidad de tener otro episodio similar.

Pregunta:
De acuerdo con la descripción, ¿qué trastorno podría estar presentando Laura?

a) Trastorno de ansiedad social
b) Trastorno de pánico
c) Fobia específica
d) Ansiedad generalizada

Reflexión breve:
Explica qué elementos del caso permiten diferenciar el trastorno de pánico de otros trastornos de ansiedad.

3.6 Agorafobia



3.6.1 Etiología

La etiología de la agorafobia aún no se conoce con precisión y existen pocos estudios que la analicen como un trastorno independiente, aunque algunas investigaciones sugieren que los factores genéticos podrían influir en su aparición, con estimaciones de heredabilidad que se sitúan entre el 48 % y el 61 % (Noyes et al., 1986). Asimismo, se han identificado diversos factores que pueden contribuir a su desarrollo, entre ellos experiencias adversas durante la infancia, como la falta de afecto o una sobreprotección por parte de los padres, la presencia de miedos infantiles o terrores nocturnos, así como vivencias tempranas de pérdida, duelo o una infancia marcada por situaciones traumáticas (Wittchen et al., 2010; Remmerswaal et al., 2024)

Criterios diagnósticos

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.

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).

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

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

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación son continuos y duran típicamente 6 meses o más.

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

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

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p. 246), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

3.6.2 Factores de riesgo

El Mental Illnes Research, Education, and Clinical Center (2021) exponen que las causas de la agorafobia son similares a las del trastorno de pánico, tales como:

- Factores genéticos: Diversas investigaciones sugieren que podrían intervenir múltiples genes en el desarrollo del trastorno, aunque aún no se conoce con exactitud el papel específico que cumplen.
- Factores psicológicos: Las personas con alta sensibilidad a la ansiedad tienden a interpretar de manera catastrófica los síntomas físicos de ansiedad, como la aceleración del ritmo cardíaco, y suelen prestar mayor atención a sus sensaciones corporales, lo que aumenta la vulnerabilidad a experimentar ataques de pánico y cambios conductuales asociados.
- Eventos traumáticos o factores ambientales: Experiencias estresantes o adversas, como pérdidas significativas, traumas, enfermedades frecuentes durante la infancia o situaciones de estrés en la vida adulta, también pueden contribuir al desarrollo del trastorno.

3.6.3 Características diagnósticas

Como menciona APA (2023) la característica central de la agorafobia es la presencia de miedo o ansiedad marcados ante la exposición real o anticipada a diversas situaciones (Criterio A), para su diagnóstico, estos síntomas deben presentarse en al menos dos de las siguientes circunstancias: uso de transporte público; permanencia en espacios abiertos; estancia en espacios cerrados; hacer fila o encontrarse en una

multitud; y estar fuera de casa sin compañía, los ejemplos no son excluyentes, ya que pueden temerse otras situaciones similares.

Así pues, la persona suele experimentar pensamientos de que algo grave podría ocurrir y teme no poder escapar o no recibir ayuda si aparecen síntomas similares al pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (Criterio B), como mareos, desmayos, miedo a morir, vómitos o malestar intestinal; en adultos mayores puede predominar el temor a caerse y en niños la desorientación. El miedo o la ansiedad se presentan casi siempre al exponerse a la situación temida o al anticiparla, como consecuencia, el individuo evita activamente estas situaciones, requiere acompañamiento o las soporta con intensa ansiedad (Criterio D).

La evitación puede ser conductual (modificación de rutinas, elección de lugares cercanos, confinamiento en el hogar) o cognitiva (uso de distracción), y pueden emplearse conductas de seguridad, como ubicarse cerca de salidas, el miedo y la evitación deben ser desproporcionados en relación con el peligro real y el contexto sociocultural (Criterio E), diferenciándose de temores razonables o prácticas culturalmente aceptadas. Para completar, los síntomas deben ser persistentes, típicamente durante seis meses o más (Criterio F), y generar malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes (Criterio G).

3.6.4 Funciones asociadas

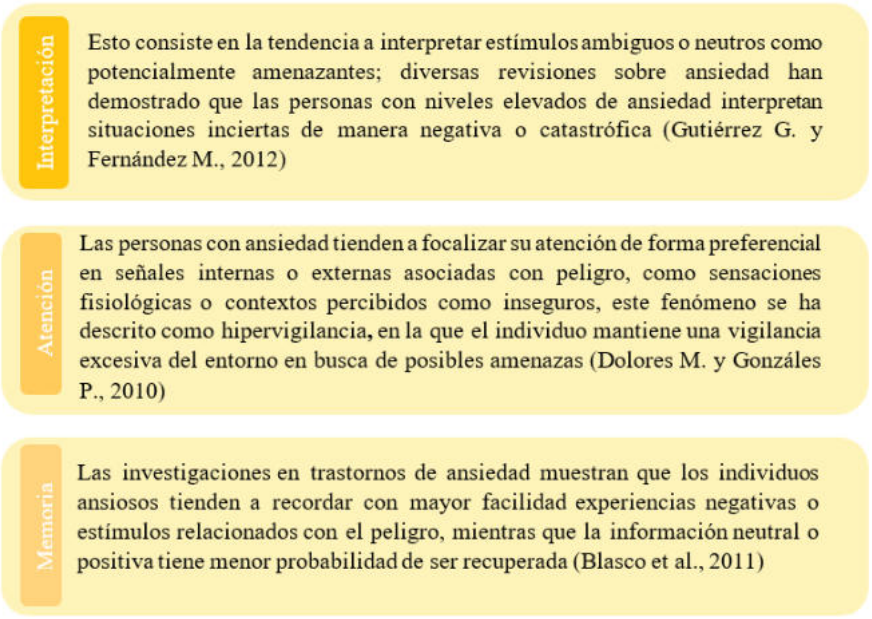


Figura 23. Funciones asociadas.

3.6.5 Prevalencia

La prevalencia de los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida se sitúa aproximadamente en el 34% de la población, incluyendo diversas condiciones clínicas con distintas tasas de aparición. Entre ellas se encuentran el trastorno de ansiedad generalizada (6,2%), el trastorno de pánico (5,2%), la agorafobia (2,6%), la fobia social (13,0%), la fobia específica (13,8%), el trastorno de ansiedad por separación (6,6%), el trastorno de estrés postraumático (8,0%) y el trastorno obsesivo-compulsivo (2,7%) (Roest et al., 2019; Kessler 2012.)

En el caso específico de la agorafobia, las estimaciones de prevalencia han presentado variaciones debido a que solo en años recientes se ha reconocido como un trastorno independiente del trastorno de pánico. Se

calcula que la prevalencia a 12 meses es aproximadamente del 1,7%, registrándose la mayor frecuencia en adolescentes entre 13 y 17 años (2,0%), mientras que en adultos mayores de 65 años disminuye hasta cerca del 0,4% (Kessler et al., 2012)

Asimismo, Preti et al., (2021) indican que la prevalencia de la agorafobia a lo largo de la vida muestra diferencias según el sexo, estimándose alrededor de 0,9% en hombres y 2,0% en mujeres.

Tabla 20. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Fobia específica, tipo situacional.:	La diferenciación puede resultar compleja debido a la superposición de síntomas. Se debe considerar fobia específica cuando el miedo, la ansiedad y la evitación se restringen a una sola situación. En cambio, la presencia de temor en dos o más situaciones típicas de la agorafobia orienta hacia este diagnóstico. También es relevante el contenido cognitivo: si el miedo se relaciona con un peligro inherente a la situación (p. ej., que el avión se estrelle) y no con la aparición de síntomas de pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos, el diagnóstico más apropiado es fobia específica.

Trastorno de ansiedad por separación:	Se distingue por el foco de las preocupaciones. En este trastorno, el temor gira en torno a la separación de las figuras de apego o del hogar, mientras que en la agorafobia la preocupación central es experimentar síntomas de pánico o no recibir ayuda en situaciones determinadas.
Trastorno de ansiedad social:	La diferencia principal radica en el objeto del miedo. En la ansiedad social, predomina el temor a la evaluación negativa por parte de los demás; en la agorafobia, el miedo se vincula con la posibilidad de presentar síntomas incapacitantes o no poder escapar.
Trastorno de pánico:	No debe diagnosticarse agorafobia si los ataques de pánico y la evitación asociada no implican al menos dos de las situaciones características de la agorafobia. Cuando la evitación es limitada y se circunscribe únicamente a los ataques de pánico, el diagnóstico corresponde a trastorno de pánico.

Fuente: Texto adaptado con base en **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** ***(5.ª ed., texto revisado; p. 249), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.***

¿AÚN TIENDES DUDAS?



Antes de continuar, te invito a observar el siguiente video que resume las características principales de la agorafobia. Este recurso te permitirá reforzar los conceptos revisados previamente e identificar cómo se manifiestan los síntomas y conductas de evitación en la vida cotidiana.

https://youtu.be/JQiGxNI-kVo?si=7h0IhutFggEXYuTJ

¡A LA PRÁCTICA!

Lee cada afirmación y determina si es **verdadera (V)** o **falsa (F)**.

- La agorafobia se caracteriza exclusivamente por el miedo a los espacios abiertos. ( )
- Las personas con agorafobia pueden experimentar miedo al usar transporte público. ( )
- El temor central en la agorafobia suele ser no poder escapar o recibir ayuda si aparecen síntomas de ansiedad o pánico. ( )
- Una persona con agorafobia puede evitar lugares concurridos como centros comerciales o eventos masivos. ( )
- La agorafobia siempre se presenta junto con el trastorno de pánico. ( )
- Las personas con agorafobia pueden necesitar estar acompañadas para sentirse seguras al salir de casa. ( )
- Permanecer en filas o en espacios cerrados puede generar ansiedad en personas con agorafobia. ( )
- La evitación de ciertas situaciones es una característica común de la agorafobia. ( )
- La agorafobia no tiene ningún impacto en la vida social o académica de la persona. ( )
- Una persona con agorafobia puede llegar a evitar salir sola de su casa. ( )
- El miedo o ansiedad en la agorafobia suele ser desproporcionado respecto al peligro real de la situación. ( )
- La agorafobia suele desaparecer por sí sola sin necesidad de intervención psicológica. ( )
- Las personas con agorafobia pueden experimentar síntomas físicos de ansiedad, como palpitaciones o sensación de ahogo. ( )
- En algunos casos, la agorafobia puede limitar significativamente la autonomía de la persona. ( )
- La exposición gradual es una estrategia terapéutica utilizada en el tratamiento de la agorafobia. ( )

3.7 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

¿Qué es?

La Clínica Salud Mnetal Nueva Esperanza (2023) define a el trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos como un cuadro de ansiedad que surge como consecuencia del consumo o la exposición a determinadas sustancias y menciona que este puede aparecer cuando una persona utiliza drogas, nicotina, anfetaminas, opiáceos o alcohol, entre otras, y experimenta síntomas intensos de ansiedad o pánico especialmente cuando los efectos de la sustancia disminuyen o desaparecen.

3.7.1 Etiología

La etiología del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos se explica por la interacción de factores neurobiológicos, farmacológicos y de vulnerabilidad individual, los cuales influyen en la aparición de síntomas de ansiedad durante la intoxicación, el consumo prolongado o la abstinencia de determinadas sustancias.

Desde una perspectiva neurobiológica, muchas sustancias psicoactivas alteran sistemas de neurotransmisión relacionados con la regulación de la ansiedad, como los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico, noradrenérgico y GABAérgico. Estas alteraciones pueden generar hiperactivación del sistema nervioso central, incrementando la probabilidad de que aparezcan síntomas como inquietud, miedo intenso, taquicardia o crisis de pánico (Stahl, 2021).

Criterios diagnósticos



A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

• Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a la retirada de un medicamento.

• La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

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

Nota: Solo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

Nota: Los códigos CIE-10-MC para el trastorno de ansiedad inducido por sustancias varían según exista o no un trastorno por consumo de la misma sustancia. Si hay consumo leve, se usa el carácter "1"; si es moderado o grave, el "2"; y si no hay trastorno por consumo, el "9". En casos con consumo concurrente, se registra primero el trastorno por consumo según su gravedad y luego el trastorno de ansiedad inducido, sin añadir un diagnóstico aparte.

Tabla 21. Trastorno por consumo según su gravedad.

	Con trastorno por consumo leve	Con trastorno por consumo moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	F10.180	F10.280	F10.980
Cafeína	NA	NA	F15.980
Cannabis	F12.180	F12.280	F12.980
Fenciclidina	F16.180	F16.280	F16.980
Otro alucinógeno	F16.180	F16.280	F16.980
Inhalante	F18.180	F18.280	F18.980
Opiáceo	F11.188	F11.288	F11.988
Sedante, hipnótico o ansiolítico	F13.180	F13.280	F13.980
Sustancia de tipo anfetamínico (u otro estimulante)	F15.180	F15.280	F15.980
Cocaína	F14.180	F14.280	F14.980
Otra sustancia (o sustancia desconocida)	F19.180	F19.280	F19.980

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 255-256), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

3.7.2 Especificaciones

Las especificaciones correspondientes a este trastorno según la Asociación Americana de Psiquiatría (2023) mediante del DSM V-TR son:

1. Por inicio

- Con inicio durante la intoxicación

- Con inicio durante la abstinencia
- Con inicio después del consumo de medicamentos

Además, se debe tomar en cuenta el siguiente procedimiento de registro, el diagnóstico se formula iniciando con la sustancia específica responsable de los síntomas de ansiedad. El código se selecciona según la clase de sustancia y la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo; si la sustancia no pertenece a una categoría definida o se desconoce, se utiliza "otra sustancia (o sustancia desconocida)".

Cuando existe un trastorno por consumo, este se consigna primero, seguido de "con trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos", especificando la sustancia implicada y el momento de inicio (durante la intoxicación, durante la abstinencia o tras el uso del medicamento), sin registrar un diagnóstico separado de ansiedad. Si no hay trastorno concurrente por consumo, se registra únicamente el trastorno de ansiedad inducido, indicando igualmente el momento de inicio y cuando participan varias sustancias, cada una debe codificarse por separado.

3.7.3 Características diagnósticas

Paralelamente a los especificadores, se reconoce que la característica esencial es la presencia de síntomas prominentes de pánico o ansiedad (Criterio A) atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga de abuso, medicamento o toxina), los síntomas deben iniciarse durante o poco después de la intoxicación o abstinencia, o tras la exposición o retirada de un medicamento, y la sustancia implicada debe ser capaz de

producirlos (Criterio B2). Cuando se asocia a un tratamiento prescrito, la sintomatología aparece durante su administración o retirada.

Generalmente, los síntomas remiten en días o semanas (hasta aproximadamente un mes), según la vida media de la sustancia y la presencia de abstinencia. No se establece el diagnóstico si los síntomas preceden al consumo/retirada o si persisten más de un mes tras la intoxicación o abstinencia grave; en estos casos deben considerarse otras causas. El diagnóstico se realiza solo cuando los síntomas ansiosos predominan en el cuadro clínico y son lo suficientemente graves como para requerir atención independiente, diferenciándose de la intoxicación o abstinencia simple.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 255-256), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

3.7.4 Funciones asociadas

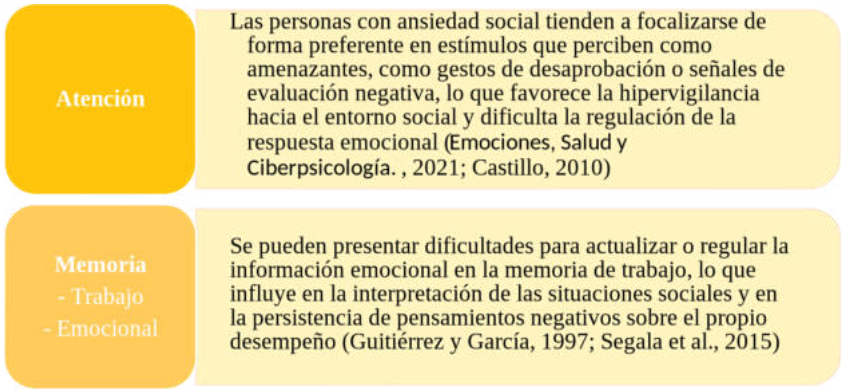


Figura 24. Funciones asociadas.

Tabla 22. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Intoxicación y abstinencia de sustancias:	Se diagnostica trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos cuando los síntomas predominan en el cuadro clínico y presentan gravedad suficiente para requerir atención independiente, en lugar de considerarlos únicamente manifestaciones de intoxicación o abstinencia.
Trastorno de ansiedad independiente (no inducido):	Se establece cuando los síntomas no se relacionan temporalmente con el consumo o retirada de una sustancia, o cuando persisten más allá del tiempo esperado tras la intoxicación o abstinencia, lo que sugiere una etiología no inducida.
Delirium:	Si los síntomas de pánico o ansiedad aparecen exclusivamente en el contexto de un delirium, deben atribuirse solo a este.
Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica:	Se diagnostica cuando los síntomas se explican mejor por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. La evaluación clínica, incluida la posible modificación del tratamiento, ayuda a determinar si la causa es médica o inducida por sustancias. Cuando no existen pruebas suficientes para atribuir los síntomas a una sustancia o a una afección médica, puede considerarse otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado.

Nota. Texto adaptado con base en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p. 258), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

3.8 Trastorno de Ansiedad Generalizada

¿Qué es?

Munir S. y Takov V. (2022) definen al Trastorno de ansiedad generalizada como una alteración de la salud mental que se manifiesta mediante sentimientos intensos de temor, preocupación constante y una sensación continua de tensión o sobrecarga emocional. Se distingue por la presencia de preocupaciones excesivas, persistentes y desproporcionadas respecto a situaciones de la vida diaria.

3.8.1 Etiología

En palabras del National Institute of Mental Health (2025) el trastorno de ansiedad generalizada puede presentar un componente hereditario, aunque su causa exacta aún no se ha determinado con precisión. Esta misma entidad determina que existen diversos estudios que indican que su desarrollo está asociado a la interacción de múltiples factores, entre los que se incluyen la predisposición genética, los procesos neuroquímicos del cerebro, aspectos biológicos y las condiciones del entorno, además, la vivencia de eventos traumáticos o la exposición prolongada a situaciones de estrés, pueden incrementar la probabilidad de que una persona desarrolle este trastorno.

Criterios diagnósticos

A. Ansiedad y preocupación excesivas (anticipación aprensiva) que se producen durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de 6 meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos 6 meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

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

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

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

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 250-251), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

3.8.2 Factores de riesgo

De acuerdo Mishra y Varma (2023) el desarrollo de este trastorno se ve influenciado por diversos elementos que se agrupan de la siguiente manera:

- Factores Biológicos y Neuroquímicos: Postulan que el origen del trastorno reside en una comunicación deficiente entre neurotransmisores, destacando una actividad excesiva del sistema noradrenérgica y una respuesta insuficiente del GABA. Esta dinámica biológica impide que el organismo recupere el equilibrio tras eventos estresantes, vinculando además el riesgo a fallos en los receptores de serotonina y dopamina, o a patologías físicas como el asma y disfunciones tiroideas.
- Factores Genéticos y Familiares: La herencia juega un papel fundamental, pues contar con un pariente de primer grado con la enfermedad puede triplicar la susceptibilidad de una persona a padecerla. Por su parte, Moffitt et al. (2007) complementan esta visión al señalar que no solo importa la carga genética, sino también la salud mental materna, identificando síntomas de internalización en la madre durante la infancia como predictores significativos del trastorno.
- Factores del Desarrollo y Ambientales: El entorno socioeconómico precario y las experiencias de maltrato o disciplina punitiva antes de los 11 años dejan una huella de vulnerabilidad específica para el desarrollo del TAG. En una línea similar, se identifica que el estilo de vida actúa como un agravante determinante, donde el consumo de alcohol y el tabaquismo funcionan como catalizadores que complican el pronóstico de la ansiedad (Moffitt et al. 2007; Mishra y Varma, 2023).
- Factores Temperamentales y de Personalidad: El riesgo puede detectarse desde la niñez temprana a través de un temperamento inhibido y preocupaciones constantes en la etapa escolar, según

los hallazgos de Moffitt et al. (2007). Se observan que, al llegar a la juventud, esta propensión se consolida en una personalidad caracterizada por la "emocionalidad negativa", definida por una alta reactividad ante las dificultades y una marcada tendencia a la irritabilidad.

3.8.3 Características diagnósticas

El manual diagnóstico de la APA (2023) señala que el TAG se caracteriza por una preocupación persistente y excesiva que abarca diversas áreas de la vida. Su intensidad, frecuencia y duración superan lo esperable según el riesgo real de los acontecimientos temidos, y la persona tiene dificultades para controlar estos pensamientos, los cuales interfieren con la atención y el desempeño cotidiano. En adultos, las preocupaciones suelen centrarse en trabajo, economía, salud propia o familiar y responsabilidades habituales; en niños, predominan las relacionadas con el rendimiento o la competencia, aunque, el foco puede variar con el tiempo, la tendencia constante a preocuparse se mantiene.

Es así que, se distingue de la ansiedad no patológica porque la preocupación es desproporcionada, persistente y clínicamente significativa. Las inquietudes comunes son percibidas como manejables y aplazables, mientras que, aquí son invasivas, prolongadas y con frecuencia aparecen sin un desencadenante claro. Además, mientras las preocupaciones cotidianas rara vez se acompañan de manifestaciones físicas, en este trastorno es habitual la presencia de síntomas somáticos y de un malestar que repercute en el funcionamiento social, laboral u otras áreas relevantes.

Por ello, para el diagnóstico, la ansiedad y la preocupación deben asociarse en adultos con al menos tres de los siguientes síntomas o uno en niños: inquietud o nerviosismo, fatigabilidad, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

3.8.4 Funciones asociadas

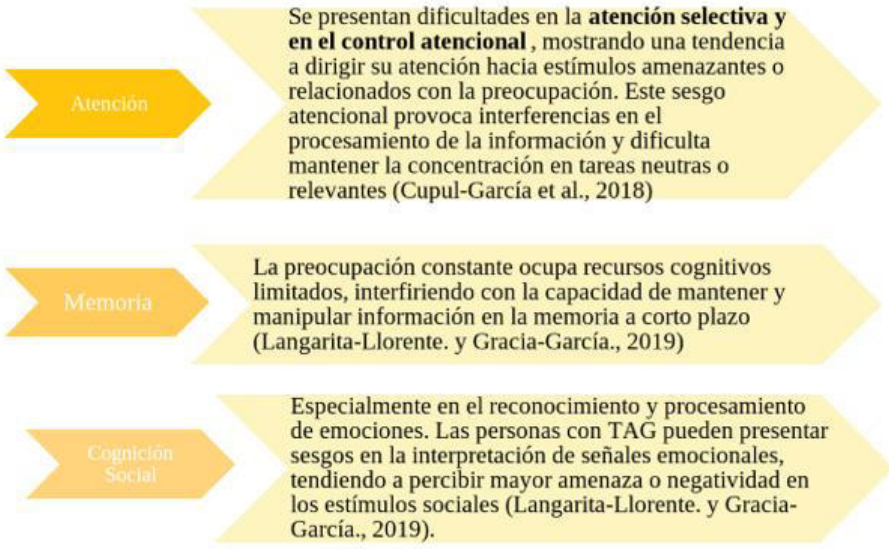


Figura 25. Funciones asociadas.

3.8.5 Prevalencia

El trastorno de ansiedad generalizada es considerado uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en la población. Se estima que cada año cerca del 20% de los adultos experimenta algún trastorno de ansiedad. Este trastorno se manifiesta mediante sentimientos persistentes de miedo, preocupación intensa y una sensación constante

de tensión o agobio. Se distingue por la presencia de preocupaciones continuas, desproporcionadas y poco realistas relacionadas con situaciones de la vida cotidiana. Dichas preocupaciones pueden abarcar distintos ámbitos, como problemas económicos, asuntos familiares, la salud o el futuro. Además, suelen ser difíciles de controlar y se acompañan de diversos síntomas psicológicos y físicos inespecíficos. En este contexto, la preocupación excesiva y persistente constituye el rasgo central que define al trastorno de ansiedad generalizada (Leonard K. Y Abranovitch A., 2019; Roomruangwong C. Et al., 2018; Grenier S et al., 2019).

Tabla 23. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica:	Debe considerarse este diagnóstico cuando la ansiedad y la preocupación se explican mejor como consecuencia fisiológica directa de una enfermedad específica, según la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos:	Se establece cuando la ansiedad guarda relación etiológica con el consumo o la exposición a una sustancia o fármaco y aparece en ese contexto, especialmente si los síntomas no se presentan fuera de él.
Trastorno de ansiedad social:	En este caso, la ansiedad se limita a situaciones de evaluación social o desempeño ante otros, mientras

	que en el TAG la preocupación persiste con independencia de la valoración externa.
Trastorno de ansiedad por separación:	La preocupación se circunscribe al alejamiento de las figuras de apego; en el TAG puede incluir este tema, pero no se restringe a él.
Trastorno de pánico:	Los ataques de pánico en el TAG suelen estar asociados a preocupaciones previas y no cumplen por sí solos criterios de trastorno de pánico. Si existen crisis inesperadas acompañadas de temor persistente a su repetición o cambios conductuales, debe valorarse un diagnóstico adicional.
Trastorno de ansiedad por enfermedad y trastorno de síntomas somáticos:	Si la preocupación se centra exclusivamente en padecer una enfermedad, corresponde considerar un trastorno de ansiedad por enfermedad. Cuando la atención se focaliza predominantemente en síntomas físicos, debe evaluarse un trastorno de síntomas somáticos.
Trastorno obsesivo-compulsivo:	En el TAG, la preocupación se orienta a eventos futuros y es excesiva por su amplitud y persistencia; en el trastorno obsesivo-compulsivo, predominan pensamientos, impulsos o imágenes intrusivos y no deseados.
Trastorno de estrés postraumático y trastornos de adaptación:	No debe diagnosticarse TAG si la ansiedad se explica mejor por un trastorno de estrés postraumático vinculado a un evento traumático identificable. En los trastornos de adaptación, la ansiedad surge en respuesta a un estresor específico reciente y es de duración limitada.

Trastornos depresivos, bipolares y psicóticos:	Aunque la ansiedad puede formar parte de estos cuadros, el TAG puede diagnosticarse de manera concomitante cuando la preocupación generalizada alcanza entidad clínica propia.

Nota. Texto adaptado con base en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 253-254), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¡A LA PRÁCTICA!

¡Te invito a resolver el siguiente quiz de repaso sobre el trastorno de ansiedad generalizada! A través de estas preguntas podrás poner a prueba tus conocimientos sobre los criterios diagnósticos, síntomas y conceptos cl
pregunta con atención y selecciona la respuesta que cons



https://wayground.com/join/quiz/69afc0e51f0298dd44839418/start?studentShare=true

Este ejercicio te permitirá repasar los conceptos principales, identificar los aspectos más relevantes del diagnóstico y consolidar su aprendizaje de manera autónoma.

3.9 Trastorno de Estrés Postraumático

¿Qué es?

Bonanno G.A., (2004) define que el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una condición de salud mental que puede aparecer tras la vivencia o exposición a acontecimientos extremadamente amenazantes o traumáticos, a pesar de ello, muchas personas demuestran una importante capacidad de resiliencia, logrando adaptarse y recuperarse después de haber experimentado situaciones traumáticas.

3.9.1 Etiología

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno mental que puede surgir después de experimentar o presenciar un evento extremadamente estresante o traumático, ya sea de forma puntual o prolongada. Entre las situaciones que pueden desencadenarlo se encuentran accidentes graves, agresiones físicas o sexuales, distintos tipos de abuso, la exposición a eventos traumáticos en el trabajo, enfermedades graves o estancias en cuidados intensivos (National Health Service, 2022).



Criterios diagnósticos

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años.

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 Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

• Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.

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).

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).

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).

• 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").

- 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.
- Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
- Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
- Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
- Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

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:

- Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
- Comportamiento imprudente o autodestructivo.
- Hipervigilancia.
- Respuesta de sobresalto exagerada.
- Problemas de concentración.
- Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a 1 mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento de 6 años. Para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más adelante.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 301-303), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

3.9.2 Especificaciones

Para un adecuado diagnóstico, se deben considerar las siguientes aclaraciones manifiestas en el manual diagnóstico perteneciente a la APA (2023):

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Se cumplen los criterios del trastorno y debido al estrés se producen los siguientes síntomas.

- Despersonalización: sensación recurrente de no pertenencia al propio cuerpo que simula la observación desde fuera de la persona que lo padece.
- Desrealización: Sensación de irrealidad en el entorno.

Nota: en este subtipo los síntomas no son efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica

Especificar si:

- Con expresión retardada: Si todos los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos 6 meses después del suceso (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 304), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

3.9.3 Factores de riesgo

El trastorno de estrés postraumático (TEPT), al igual que otros trastornos de salud mental, surge de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales; y aunque cualquier persona puede desarrollarlo tras vivir un evento potencialmente traumático, el riesgo aumenta en quienes ya han experimentado situaciones traumáticas previamente.

A partir de lo anterior, la OMS (2024) determina que los factores de riesgo pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Factores personales o biológicos: Incluyen características individuales que pueden aumentar la vulnerabilidad al trastorno, como el sexo femenino y la presencia de antecedentes familiares de problemas de salud mental.
- Factores psicológicos y de desarrollo: Se relacionan con experiencias previas y características personales, como haber vivido eventos traumáticos con anterioridad, tener una edad temprana o contar con menores niveles de educación.
- Factores relacionados con el evento traumático: La probabilidad de desarrollar TEPT puede incrementarse cuando la experiencia traumática es repetida o prolongada, cuando la persona sufre lesiones físicas graves durante el evento o cuando presencia daño grave hacia otras personas.
- Factores sociales o de apoyo: El entorno social también influye en el riesgo. Contar con apoyo social después de un evento traumático puede actuar como un factor protector y disminuir la probabilidad de desarrollar TEPT.

3.9.4 Características diagnósticas

Según APA (2023): la característica esencial del trastorno de estrés postraumático es la aparición de un conjunto de síntomas después de la exposición a uno o más eventos traumáticos que implican muerte real o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual. La presentación clínica es variable, en algunos individuos predominan los recuerdos intrusivos y las respuestas intensas de miedo, en otros destacan el estado de ánimo negativo persistente, la anhedonia o las cogniciones

pesimistas, mientras que en otros casos son más evidentes la hiperactivación, las conductas reactivas o los fenómenos disociativos.

Es así que, la exposición al trauma puede ocurrir de distintas formas, ya sea experimentando directamente el suceso (Criterio A1), presenciándolo en otras personas (Criterio A2), enterándose de que ha ocurrido a un familiar cercano o amigo íntimo (Criterio A3), o mediante la exposición repetida a detalles traumáticos en el contexto de actividades profesionales (Criterio A4). Los eventos que pueden originar el trastorno incluyen experiencias como guerra, agresiones físicas, secuestro, desastres, accidentes graves o violencia sexual.

Por ello, una manifestación central del trastorno es la reexperimentación del evento traumático, que suele presentarse como recuerdos intrusivos recurrentes (Criterio B1), sueños angustiantes relacionados con el suceso (Criterio B2) o episodios disociativos en los que el individuo revive la experiencia como si estuviera ocurriendo nuevamente (Criterio B3). Asimismo, la exposición a estímulos que recuerdan el trauma puede generar intenso malestar psicológico (Criterio B4) o reactividad fisiológica marcada (Criterio B5).

De forma persistente, el individuo tiende a evitar pensamientos, recuerdos o emociones vinculadas al suceso (Criterio C1), así como situaciones, personas u objetos que puedan evocarlo (Criterio C2). También aparecen alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo, que pueden incluir dificultades para recordar aspectos relevantes del trauma (Criterio D1), creencias negativas persistentes sobre uno mismo o el mundo (Criterio D2), sentimientos de culpa

(Criterio D3), emociones negativas persistentes (Criterio D4), disminución del interés en las actividades (Criterio D5), sensación de distanciamiento interpersonal (Criterio D6) o incapacidad para experimentar emociones positivas (Criterio D7).

El trastorno también se asocia a cambios en la activación y la reactividad, como irritabilidad o conductas agresivas (Criterio E1), comportamientos imprudentes o autodestructivos (Criterio E2), hipervigilancia (Criterio E3), respuesta exagerada de sobresalto (Criterio E4), dificultades de concentración (Criterio E5) y alteraciones del sueño (Criterio E6). Para establecer el diagnóstico, estos síntomas deben persistir durante más de un mes (Criterio F), y en algunos casos pueden acompañarse de fenómenos disociativos como despersonalización o desrealización.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 304), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

3.9.5 Funciones asociadas

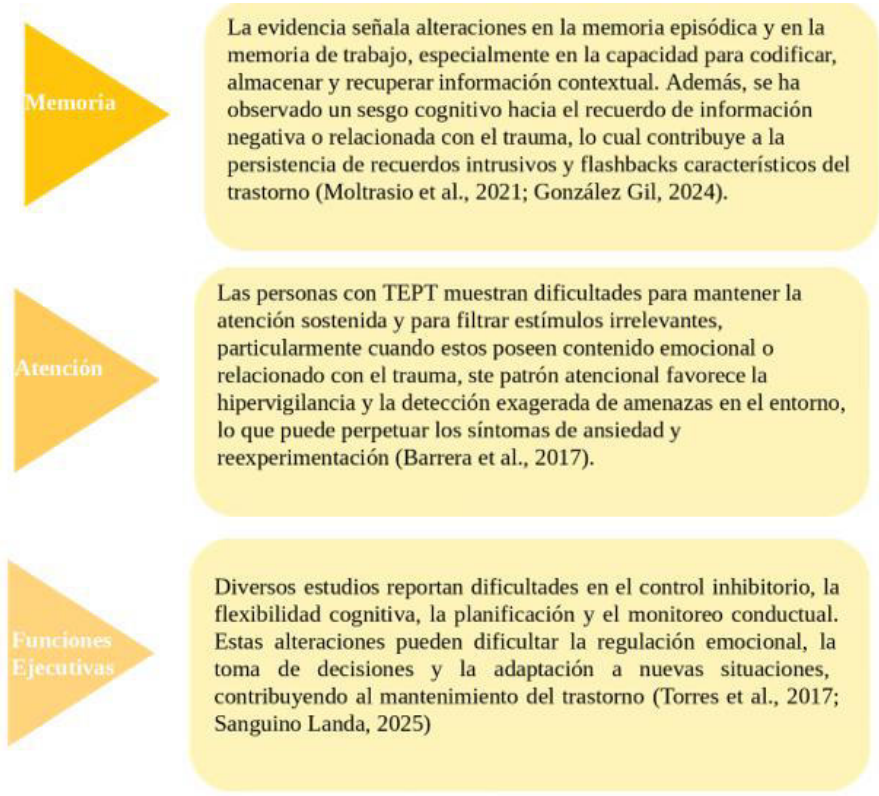


Figura 26. Funciones asociadas.

3.9.6 Prevalencia

Se estima que aproximadamente el 70% de la población mundial experimentará al menos un evento potencialmente traumático a lo largo de su vida; sin embargo, solo una pequeña proporción de estas personas desarrollará trastorno de estrés postraumático (TEPT), con una prevalencia cercana al 5,6%. A nivel global, alrededor del 3,9% de la población ha presentado este trastorno en algún momento de su vida. La probabilidad de desarrollar TEPT depende en gran medida del tipo de experiencia traumática vivida, ya que las tasas pueden aumentar significativamente en determinados contextos. Por ejemplo, entre

quienes han estado expuestos a conflictos armados o situaciones de violencia intensa, la prevalencia puede llegar a ser aproximadamente tres veces mayor, alcanzando cerca del 15,3%. De igual manera, los casos de violencia sexual se asocian con un riesgo particularmente elevado de desarrollar este trastorno (Kessler et al., 2017; Koenen et al., 2017; Charlson et al., 2019) .

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastorno	Diferencia Principal
Trastornos de adaptación:	En los trastornos de adaptación el factor estresante puede ser de cualquier tipo o intensidad, mientras que el TEPT exige exposición a muerte, amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual (Criterio A). Por ello, se diagnostica trastorno de adaptación cuando la respuesta a un estresor no cumple todos los criterios del TEPT o cuando el evento estresante no alcanza la gravedad requerida (p. ej., divorcio o pérdida de empleo).
Otros trastornos y afecciones postraumáticos:	La presencia de síntomas tras un evento traumático no implica necesariamente TEPT. El diagnóstico requiere que el trauma preceda al inicio o agravamiento de los síntomas. Si el cuadro se explica mejor por otro trastorno mental, este debe diagnosticarse en lugar del TEPT o junto a él cuando se cumplan ambos criterios.

Trastorno de estrés agudo:	Se diferencia del TEPT por la duración de los síntomas, que en el trastorno de estrés agudo se limitan a un periodo de entre 3 días y 1 mes tras el evento traumático.
Trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo:	En el TOC los pensamientos intrusivos corresponden a obsesiones, suelen acompañarse de compulsiones y no están vinculados a un trauma específico. De forma similar, los síntomas del trastorno de pánico, del trastorno de ansiedad generalizada o de ansiedad por separación no se relacionan necesariamente con un evento traumático concreto.
Trastorno depresivo mayor:	El trastorno depresivo mayor puede aparecer con o sin antecedente traumático y no incluye síntomas característicos del TEPT como la reviviscencia o la evitación del trauma. No obstante, ambos diagnósticos pueden coexistir si se cumplen plenamente sus criterios.
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad:	Aunque ambos trastornos pueden presentar dificultades de atención y concentración, en el TDAH estos síntomas comienzan antes de los 12 años, mientras que en el TEPT aparecen después de la exposición a un evento traumático y se relacionan con hipervigilancia o respuestas de sobresalto.
Trastornos de la personalidad:	Las dificultades interpersonales que surgen o se intensifican tras un trauma sugieren TEPT. En los trastornos de la personalidad, en cambio, estos

	patrones son estables y no dependen de una experiencia traumática específica.
Trastornos disociativos:	Los trastornos disociativos pueden presentarse con o sin antecedente traumático y también coexistir con el TEPT. Cuando se cumplen los criterios completos del TEPT y existen síntomas disociativos prominentes, puede especificarse el subtipo “con síntomas disociativos”.
Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión):	Los síntomas somáticos que aparecen en un contexto de angustia posterior al trauma pueden sugerir este trastorno, aunque también pueden formar parte de la respuesta clínica propia del TEPT.
Trastornos psicóticos:	Las escenas retrospectivas (flashbacks) del TEPT deben distinguirse de las alucinaciones u otras alteraciones perceptivas de los trastornos psicóticos, ya que en el TEPT se relacionan directamente con la experiencia traumática y no aparecen con otros síntomas psicóticos persistentes.
Lesión cerebral traumática:	El TEPT puede coexistir con una lesión cerebral traumática (LCT), ya que algunos eventos traumáticos producen ambas condiciones. Aunque comparten síntomas como dificultades cognitivas o irritabilidad, la reviviscencia y la evitación son propias del TEPT, mientras que la desorientación persistente y la confusión son más características de la LCT.

Fuente: ***Texto adaptado con base en*** **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** ***(5.ª ed., texto revisado; pp. 312-313), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.***

¡A la práctica!

- **Observa y lee cuidadosamente cada parte del caso clínico presentada en las diapositivas de Canva.**

https://www.canva.com/design/DAHDx3g_M10/_2_5QziJbu1kiijLGateOA/view?utm_content=DAHDx3g_M10&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=uniquelinks&utlId=h6cf778719a

- **Toma nota de los elementos relevantes de la historia del paciente.**
- **Una vez revisado todo el caso, clasifica la información según los criterios diagnósticos**
- **Finalmente, responde las preguntas de reflexión en grupo.**
- ¿Qué elementos del caso permiten sospechar la presencia de un trastorno de estrés postraumático?
- ¿Qué factores del contexto del paciente pudieron haber incrementado su vulnerabilidad al trastorno?
- ¿Qué funciones cognitivas podrían verse afectadas en este caso (memoria, atención, funciones ejecutivas, etc.)?
- ¿Cómo podrían influir los factores protectores en la recuperación del paciente?

3.10 Trastorno de Estrés Agudo

¿Qué es?

El **trastorno por estrés agudo** es una condición de inicio repentino que aparece tras la exposición a un evento traumático. Sus síntomas pueden manifestarse poco tiempo después del trauma psicológico, incluso dentro de la primera hora. Su diagnóstico se basa en criterios estandarizados establecidos en los manuales de clasificación de los trastornos mentales (APA, 2000).

3.10.1 Etiología

No se conoce con exactitud por qué algunas personas desarrollan trastorno de estrés agudo (TEA) después de experimentar un evento traumático; del mismo modo, aún no está completamente claro por qué ciertos individuos con TEA evolucionan posteriormente hacia un

trastorno de estrés postraumático (TEPT) mientras que otros no (Bryant R., 2025). No obstante, diversos modelos teóricos y estudios científicos han propuesto algunos factores que podrían explicar esta diferencia.



Criterios diagnósticos

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.

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 respuesta 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 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.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 313-315), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

3.10.2 Factores de riesgo

La evidencia sobre los factores que predisponen al desarrollo de trastorno de estrés agudo (TEA) después de un evento traumático aún es limitada. No obstante, debido a la estrecha relación clínica entre el TEA y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), muchos de los factores de riesgo identificados para este último también podrían aplicarse al primero. A partir de metaanálisis realizados por Ozer et al. (2003) y Brewin et al. (2000), Sareen J., (2014) propuso una clasificación de los factores de riesgo considerando el momento en que se presentan respecto al evento traumático:

1. Factores previos al trauma (pretraumáticos): Se refieren a características personales o antecedentes que aumentan la vulnerabilidad antes de que ocurra el evento traumático. Entre ellos se encuentran:

- Sexo femenino.
- Discapacidad intelectual.
- Bajo nivel educativo.

- Experiencias traumáticas previas.
- Antecedentes de trastornos psiquiátricos.
- Presencia de trastornos de la personalidad.
- Factores genéticos o predisposición biológica.

2. Factores relacionados con el evento traumático (peritraumáticos): Corresponden a características propias del suceso traumático o de la experiencia vivida durante el mismo, las cuales pueden intensificar el impacto psicológico. Entre estos factores se incluyen:

- Alta gravedad o intensidad del trauma.
- Situaciones de agresión o violencia.
- Experiencias de violación.
- Presencia de lesiones físicas durante el evento.

3. Factores posteriores al trauma (postraumáticos): Se vinculan con las condiciones y reacciones que aparecen después del evento traumático y que pueden influir en la aparición o persistencia de los síntomas. Entre ellos destacan:

- Desarrollo de trastorno de estrés agudo.
- Respuestas fisiológicas intensas como taquicardia.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Dolor físico intenso.
- Hospitalización prolongada o estancia en unidades de cuidados intensivos.
- Lesión cerebral.
- Presencia de síntomas disociativos.
- Discapacidad funcional.

- Estrés o dificultades significativas posteriores al evento traumático.

3.10.3 Características diagnósticas

Las características diagnósticas para el trastorno de estrés agudo APA (2023), consisten en la aparición de síntomas psicológicos característicos entre los 3 días y 1 mes después de la exposición a uno o más eventos traumáticos (Criterio A), del mismo tipo que los descritos para el trastorno de estrés postraumático. La manifestación clínica puede variar entre individuos, aunque habitualmente implica una respuesta intensa de ansiedad asociada a la reexperimentación del suceso traumático o a una marcada reactividad ante recordatorios del mismo.

De hecho, el cuadro puede incluir síntomas intrusivos, ánimo negativo, manifestaciones disociativas, conductas de evitación y activación fisiológica (Criterio B1–B14). En algunos casos predominan experiencias disociativas, mientras que en otros destacan respuestas de irritabilidad o ira. Entre los síntomas se incluyen recuerdos intrusivos o sueños perturbadores relacionados con el evento traumático, así como una incapacidad persistente para experimentar emociones positivas, acompañada de emociones negativas (Criterio B5), también, pueden aparecer fenómenos como despersonalización o desrealización (Criterio B6), además de amnesia disociativa respecto a aspectos relevantes del suceso (Criterio B7).

De forma paralela, el individuo suele evitar pensamientos, recuerdos o estímulos externos asociados al trauma (Criterio B8–B9). Asimismo, son frecuentes alteraciones del sueño, irritabilidad, hipervigilancia,

dificultades de concentración y respuestas de sobresalto exageradas ante estímulos inesperados (Criterio B10–B14), para establecer el diagnóstico, el conjunto de síntomas debe mantenerse al menos 3 días tras el evento traumático y no superar 1 mes; si las manifestaciones desaparecen antes de ese periodo mínimo, no se cumplen los criterios del trastorno (Criterio C).

3.10.4 Funciones asociadas

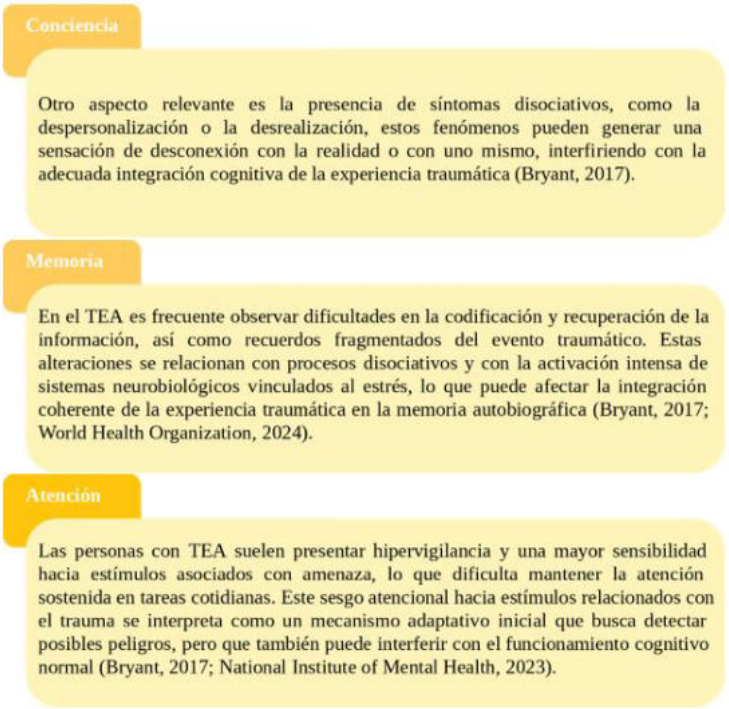


Figura 27. Funciones asociadas

3.10.5 Prevalencia

Fanai M. y Khan M. (2023) pone en conocimiento que, aunque el TEA se considera un diagnóstico distinto del trastorno de estrés

postraumático (TEPT), la principal diferencia entre ambos radica en la duración de los síntomas, lo que dificulta estimar con precisión su prevalencia. Los estudios muestran que la frecuencia del TEA puede variar considerablemente dependiendo de la investigación y del tipo de evento traumático experimentado, además, se han reportado tasas cercanas al 24 % durante la primera semana posterior a una lesión, mientras que entre la primera y la segunda semana las cifras pueden oscilar aproximadamente entre el 11,7 % y el 40,6 % (Ophuis et al., 2018)

Tabla 24. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Trastornos de adaptación:	En estos trastornos el factor estresante puede ser de cualquier gravedad y no necesariamente del tipo exigido por el Criterio A del trastorno de estrés agudo. Se diagnostican cuando la reacción ante un evento traumático no cumple los criterios completos de este trastorno o cuando síntomas similares aparecen frente a estresores que no implican amenaza de muerte, lesiones graves o violencia (p. ej., pérdida del empleo o abandono de la pareja). En estos casos la respuesta suele manifestarse como tristeza, ira o culpa con rumiación del suceso, más que mediante recuerdos intrusivos e involuntarios.
Trastorno de pánico:	Aunque en el trastorno de estrés agudo pueden presentarse ataques de pánico, el diagnóstico de trastorno

	de pánico solo se establece cuando los ataques son inesperados, existe preocupación persistente por su repetición o aparecen cambios conductuales desadaptativos relacionados con el temor a sus consecuencias.
Trastornos disociativos:	Cuando predominan respuestas disociativas intensas sin el conjunto de síntomas característicos del trastorno de estrés agudo, puede considerarse un trastorno de despersonalización-desrealización. Del mismo modo, una amnesia importante del evento traumático, en ausencia del resto de síntomas, puede indicar amnesia disociativa.
Trastorno de estrés postraumático:	La diferencia principal es temporal: en el trastorno de estrés agudo los síntomas aparecen tras el trauma y se limitan al primer mes. Si persisten más allá de ese período y se cumplen los criterios correspondientes, el diagnóstico debe modificarse a trastorno de estrés postraumático.
Trastorno obsesivo-compulsivo:	En este trastorno también hay pensamientos intrusivos, pero corresponden a obsesiones no vinculadas a un evento traumático y suelen acompañarse de compulsiones, además de no presentarse los demás síntomas característicos del trastorno de estrés agudo.
Trastornos psicóticos:	Las escenas retrospectivas o flashbacks deben distinguirse de delirios, alucinaciones u otras alteraciones perceptivas propias de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En el trastorno de estrés agudo estas experiencias están directamente ligadas al trauma y aparecen sin otras manifestaciones psicóticas o inducidas por sustancias.

Lesión cerebral traumática:	Cuando el evento traumático produce una lesión craneoencefálica pueden coexistir síntomas del trastorno de estrés agudo y manifestaciones neurocognitivas de la lesión. El diagnóstico diferencial se apoya en síntomas distintivos: la reexperimentación y la evitación son características del trastorno de estrés agudo, mientras que la desorientación persistente y la confusión son más propias de la lesión cerebral traumática. Además, los síntomas del trastorno de estrés agudo se limitan a un máximo de un mes tras el trauma.

Fuente: Texto adaptado con base en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 315-316), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

3.11 Trastorno de adaptación

¿Qué es?

Los trastornos de adaptación consisten en respuestas desproporcionadas frente a situaciones estresantes, caracterizadas por pensamientos negativos, emociones intensas y modificaciones en la conducta., en estos casos, la reacción ante un cambio o evento estresante resulta mucho más fuerte de lo que generalmente se esperaría (Mayo Clinic, 2023)

3.11.1 Etiología

Diversas situaciones pueden provocar un estado de estrés agudo, como dificultades económicas, una ruptura de pareja o el diagnóstico reciente de una enfermedad; no obstante, para que se considere un trastorno adaptativo es necesario que dichos estresores ocasionen un deterioro significativo en el funcionamiento habitual de la persona (Lucas et al., 2023)



Criterios diagnósticos

A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los primeros seis meses al inicio del factor(es) de estrés.

B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

- Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que puedan influir en la gravedad y la presencia de los síntomas.
- Deterioro significativo en la social, laboral u otros ámbitos importantes del funcionamiento.

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno del estado de ánimo y no es completamente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.

D. Los síntomas no representan el duelo normal y no se explican mejor por un trastorno de duelo prolongado.

E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de seis meses.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 250-251), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

3.11.2 Especificaciones

1. Según el estado de ánimo

- F43.21 Con estado de ánimo deprimido: Predomina el estado de ánimo bajo, las ganas de llorar o el sentimiento de desesperanza.
- F43.22 Con ansiedad: Predomina el nerviosismo, la preocupación, la agitación o la ansiedad de separación.
- F43.23 Con ansiedad mía y estado de ánimo deprimido: Predomina una combinación de depresión y ansiedad.

- F43.24 Con alteración de la conducta: Predomina la alteración de la conducta.
- F43.25 Con alteración de emociones y la conducta: Predominan los síntomas emocionales (p.ej., depresión, ansiedad) y una alteración de la conducta.
- F43.20 Sin especificar: Para las reacciones de la adaptación que no se pueden clasificar como uno de los subtipos específicos del trastorno de adaptación.

2. Según la gravedad

- Agudo: Se aplica cuando los síntomas tienen una duración inferior a 6 meses.
- Persistente (Crónico): Se utiliza cuando el malestar se extiende por 6 meses o más.
- Por definición, los síntomas no deben superar los 6 meses una vez que el agente estresante (o sus consecuencias) ha cesado. Por ello, el término "persistente" se reserva para casos donde el factor de estrés es continuo o tiene efectos a largo plazo que mantienen la sintomatología activa.

3.11.3 Factores de riesgo

Jhamb N (2021) en Dr Safe Hands, manifiesta que los factores que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar un trastorno de adaptación incluyen:

- Antecedentes previos de algún trastorno mental.
- Experiencias pasadas de estrés significativo o eventos traumáticos.

- Presencia de otros problemas o trastornos psicológicos previos.
- Rasgos de personalidad más sensibles o vulnerables que facilitan una reacción intensa frente al estrés.
- Escaso apoyo emocional por parte del entorno social o familiar.

3.11.4 Características diagnósticas

El DSM-5-TR de la APA (2023) indica que la característica central del trastorno de adaptación es la aparición de síntomas emocionales o conductuales como respuesta a un factor estresante identificable (Criterio A). Este estresor puede ser un único acontecimiento (p. ej., el final de una relación) o varios problemas simultáneos (p. ej., dificultades económicas y conflictos de pareja). Los factores de estrés pueden presentarse de forma puntual, repetirse o mantenerse de manera continua (p. ej., crisis periódicas en un negocio o una enfermedad crónica).

Asimismo, pueden afectar al individuo, a la familia o a un grupo más amplio, como ocurre en situaciones de desastre natural, y también pueden relacionarse con transiciones de la vida (p. ej., iniciar estudios, abandonar el hogar familiar, casarse o jubilarse). El diagnóstico también puede considerarse tras la muerte de un ser querido cuando la reacción de duelo es más intensa o persistente de lo esperable según el contexto cultural o evolutivo, siempre que no cumpla los criterios del trastorno de duelo prolongado.

3.11.5 Funciones asociadas

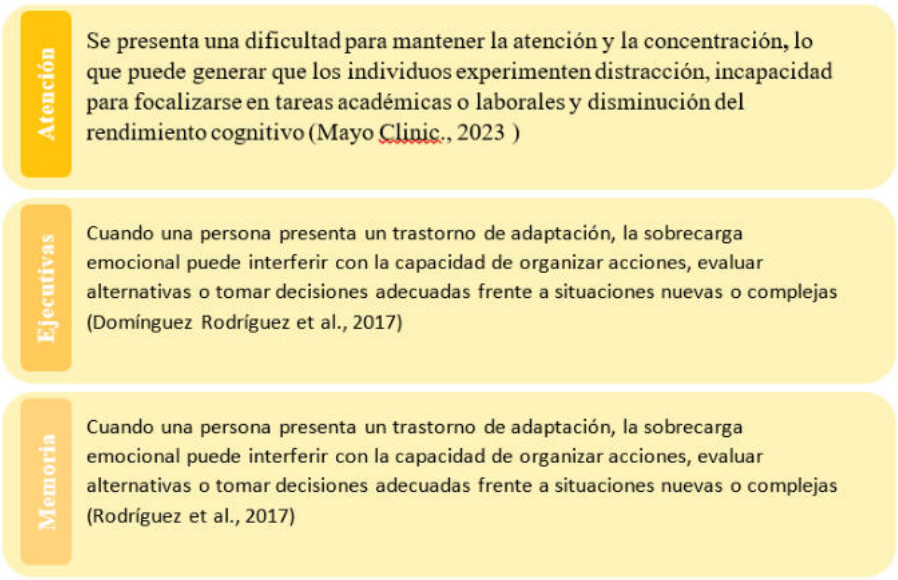


Figura 28. Funciones asociadas.

3.11.6 Prevalencia

Un estudio realizado en Zúrich con personas entre 65 y 96 años halló una prevalencia del trastorno de adaptación (TA) del 2,3%, sin diferencias según sexo o edad. Además, se observó que la probabilidad de desarrollar este trastorno aumentaba al enfrentarse a ciertos estresores: 8,6% ante una enfermedad grave, 9,1% frente a problemas económicos y 5,6% al retirarse de la vida laboral. Para su evaluación se emplearon entrevistas estandarizadas y cuestionarios de autoinforme. Otro estudio enfocado en adultos mayores de 60 años estimó una prevalencia del 3,7% (Maercker et al., 2008)

En una investigación de cohorte multicéntrica que analizó los primeros 12 meses posteriores a una lesión grave mediante entrevistas clínicas, se encontró una prevalencia de TA del 19% a los tres meses y del 16% al

año del evento (Arbus et al., 2014). Asimismo, se identificó que presentar TA a los tres meses incrementaba de forma significativa el riesgo de desarrollar otro trastorno psiquiátrico (distinto del TA) a los 12 meses (O'Donell et al., 2016)

Los estudios sobre la prevalencia del TA en atención primaria son limitados y, en muchos casos, antiguos. No obstante, una investigación realizada en Cataluña reportó una prevalencia del 2,94% en centros de atención primaria. En el ámbito hospitalario, un metaanálisis encontró una prevalencia del 15,4% en pacientes en cuidados paliativos y del 19,4% en personas con enfermedades oncológicas y hematológicas (Fernández et al., 2012)

Tabla 25. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Trastorno depresivo mayor:	Si los síntomas que aparecen ante un factor de estrés cumplen completamente los criterios de un trastorno depresivo mayor, se establece ese diagnóstico y no el de trastorno de adaptación, diferenciándose principalmente por el perfil y la intensidad de los síntomas.
Trastorno de estrés postraumático y trastorno de estrés agudo:	En el trastorno de adaptación el estresor puede ser de cualquier gravedad, mientras que en estos trastornos debe cumplir el Criterio A traumático. También se distinguen por el tiempo y el perfil sintomático: el trastorno de estrés agudo ocurre entre los 3 días y 1 mes tras el evento, y el TEPT después de 1 mes. El trastorno de adaptación puede aparecer tras el estresor y mantenerse hasta 6 meses después de que este o sus consecuencias desaparecen,

	especialmente cuando los síntomas relacionados con el trauma no alcanzan el umbral diagnóstico de esos trastornos.
Trastornos de la personalidad:	Algunos rasgos de personalidad pueden predisponer a reacciones intensas al estrés que se asemejan a un trastorno de adaptación. La historia del funcionamiento de la personalidad permite distinguir entre un patrón estable y una reacción reciente al estresor; si la respuesta supera lo esperable, puede diagnosticarse trastorno de adaptación.
Duelo:	El malestar tras la pérdida de un ser querido puede diagnosticarse como trastorno de adaptación cuando la reacción es desproporcionada o genera deterioro significativo. Si los síntomas persisten más de 12 meses y cumplen los criterios específicos, el diagnóstico corresponde a trastorno de duelo prolongado.
Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas:	En este caso los factores psicológicos agravan o contribuyen a una enfermedad médica, mientras que en el trastorno de adaptación la reacción psicológica surge como respuesta a un estresor, que incluso puede ser la propia enfermedad.
Trastorno de ansiedad por enfermedad y trastorno de síntomas somáticos:	Si la preocupación se centra exclusivamente en padecer una enfermedad, corresponde considerar un trastorno de ansiedad por enfermedad. Cuando la atención se focaliza predominantemente en síntomas físicos, debe evaluarse un trastorno de síntomas somáticos.
Reacciones normales de estrés:	El malestar ante eventos adversos es frecuente y no constituye un trastorno de adaptación salvo que la intensidad de la angustia o el deterioro funcional sea mayor de lo esperable según el contexto cultural y la situación vivida.

Fuente: Texto adaptado con base en **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** ***(5.ª ed., texto revisado; pp. 321-322), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.***

¿AÚN TIENES DUDAS?

¡Te dejo un video corto que explica los conceptos básicos y claves del Trastorno de adaptación!

https://www.youtube.com/watch?v=IZEeYwX_Bbg



¡A la práctica!

- En el siguiente caso clínico identifica posibles manifestaciones de un trastorno de adaptación y diferenciarlo de otras condiciones psicológicas. Anota tus respuestas y discute con tus compañeros al respecto.

Emilia, una estudiante universitaria de 21 años, acudió al servicio de orientación psicológica de su universidad tres meses después de haberse mudado a otra ciudad para continuar sus estudios. Desde su traslado, refiere sentirse constantemente triste, con dificultad para concentrarse en clases y estudiar. Señala que antes obtenía buenas calificaciones, pero recientemente ha reprobado dos asignaturas.

También comenta que se siente abrumada por la carga académica y que extraña a su familia y amigos. En las últimas semanas ha presentado episodios de llanto, irritabilidad y dificultad para dormir. A pesar de estos síntomas, continúa asistiendo a clases y mantiene comunicación frecuente con su familia. No presenta antecedentes de trastornos mentales ni consumo de sustancias.

3.12 Otro Trastorno Relacionado con Traumas y Factores de Estrés

3.12.1 Especificado

¿Qué es?

Cuando se habla de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, se hace referencia a un grupo de alteraciones de salud mental que incluyen manifestaciones como ansiedad, pérdida de la capacidad para experimentar placer (anhedonia), estados de disforia y síntomas disociativos. Estas manifestaciones suelen aparecer como consecuencia de la exposición a eventos traumáticos o a situaciones caracterizadas por niveles elevados de estrés.

3.12.2 Etiología

Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés se producen por factores considerados "estresantes" o "traumáticos" para quien lo ha vivenciado, y López P. (2022) los define de la siguiente manera:

- **Factores traumáticos** son eventos que generan un fuerte impacto psicológico o físico en la persona, como la violencia de género, agresiones sexuales, terrorismo o amenazas de muerte dirigidas hacia uno mismo o hacia alguien cercano.
- **Factores de estrés** son situaciones que provocan un desequilibrio cognitivo, emocional o fisiológico. Pueden originarse por diversos motivos, como problemas económicos, laborales o familiares, y varían según la experiencia de cada individuo.

Criterios diagnósticos

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.

La categoría de otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés 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 relacionado con traumas y factores de estrés específico. Esto se hace registrando "otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "respuesta persistente a un trauma con síntomas similares a los del TEPT").

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

- Trastornos del tipo de adaptación con inicio retardado de los síntomas que se producen más de 3 meses después del factor de estrés.
- Trastornos del tipo de adaptación con duración prolongada de más de 6 meses sin duración prolongada del factor de estrés.
- Respuesta persistente a un trauma con síntomas similares a los del TEPT (es decir, síntomas que se producen en respuesta a un suceso traumático que no llegan al umbral diagnóstico del TEPT y que persisten durante más de 6 meses, lo que a veces se denomina TEPT subumbral/parcial).
- Ataque de nervios
- Otros síndromes culturales

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 327-328), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¿AÚN TIENES DUDAS?

¡Para repasar lo aprendido refuerza tus conocimientos usando las siguientes flipcards!

https://www.canva.com/design/DAHDslllkb8/VJkftmNDdh8nRsMbhmkgg/view?utm_content=DAHDslllkb8&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=uniquelinks&utlId=h7b8812e476



¡A la práctica!

• Lee cada afirmación y marca V (Verdadero) o F (Falso). Luego justifica brevemente tu respuesta.

• ____ Este diagnóstico se utiliza cuando una persona presenta síntomas relacionados con un trauma o estresor significativo, pero no cumple completamente con los criterios de un trastorno específico dentro de esta categoría.

• ____ Para realizar este diagnóstico, el clínico debe especificar la razón por la cual no se cumplen los criterios completos de otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés.

• ____ Este diagnóstico solo puede utilizarse cuando el paciente ha experimentado exclusivamente eventos traumáticos extremos como guerra o desastres naturales.

• ____ Los síntomas pueden incluir alteraciones emocionales, conductuales o cognitivas relacionadas con la exposición a un evento estresante.

• ____ Este diagnóstico se utiliza cuando el profesional decide no especificar la razón por la cual no se cumplen completamente los criterios de un trastorno específico.





Trastorno de pánico / Agorafobia

Copycat

Sinopsis clínica:

Una psicóloga criminal sufre ataques de pánico tras ser víctima de un ataque violento, lo que la lleva a evitar salir de casa.

Síntomas observables:

Ataques de pánico, evitación de lugares públicos, miedo intenso e hipervigilancia



Trastorno de Ansiedad Social

The perks of being a wallflower

Sinopsis clínica:

Charlie, un adolescente introvertido, experimenta dificultades para relacionarse socialmente debido a ansiedad intensa.

Síntomas observables:

Evitación social, miedo a la evaluación negativa, retraimiento social e inseguridad interpersonal



Trastorno de ansiedad generalizada

What about Bob?

Sinopsis clínica:

Bob muestra ansiedad constante y múltiples preocupaciones que afectan su funcionamiento cotidiano.

Síntomas observables:

Preocupación excesiva, dependencia emocional, ensión constante y dificultad para relajarse



Trastorno de estrés postraumático

American Sniper (2014)

Sinopsis clínica:

Un francotirador militar enfrenta dificultades para reintegrarse a la vida civil tras la guerra.

Síntomas observables:

Hipervigilancia, recuerdos intrusivos, irritabilidad y evitación de estímulos asociados al trauma

CAPÍTULO IV

4 TRASTORNOS SOMÁTICOS SEXUALES Y DEL SUEÑO

En la práctica clínica, no todos los trastornos se explican exclusivamente desde una alteración orgánica o psicológica aislada; muchos de ellos emergen de la interacción compleja entre factores somáticos, cognitivos y emocionales. En este marco, el presente capítulo profundiza en un conjunto de condiciones clínicas que reflejan dicha interrelación, entre ellas el trastorno de ansiedad por enfermedad, los trastornos del sueño inducidos por sustancias o medicamentos y diversas disfunciones sexuales. A partir de un enfoque integrador, se analizan sus características clínicas, criterios diagnósticos y funciones asociadas, destacando procesos como la hipervigilancia corporal, la interpretación distorsionada de las sensaciones físicas y la influencia de variables biológicas, psicológicas y sociales en su desarrollo.

El estudio de estos trastornos resulta fundamental en la formación del psicólogo clínico, ya que permite comprender problemáticas frecuentes que, aunque no siempre implican una enfermedad médica grave, generan un alto nivel de malestar subjetivo y deterioro en la vida cotidiana. En este sentido, el capítulo favorece el desarrollo de competencias para una evaluación clínica precisa y un adecuado diagnóstico diferencial, integrando además recursos pedagógicos aplicados, como actividades de autoevaluación y apoyo audiovisual, que promueven una comprensión activa y la transferencia del conocimiento a contextos reales de intervención profesional.

4.1 Preguntas de enfoque

a) Preguntas de comprensión

1. ¿Cuáles son las principales diferencias entre consumo, abuso y dependencia de sustancias?
2. ¿Qué características definen el síndrome de abstinencia y la intoxicación?
3. ¿Qué criterios permiten identificar un trastorno por consumo de sustancias?
4. ¿Qué tipos de sustancias psicoactivas se abordan y cuáles son sus efectos generales?

b) Preguntas de conocimiento

5. ¿Cómo interactúan los factores biológicos, psicológicos y sociales en el desarrollo de una adicción?
6. En un caso clínico, ¿cómo diferenciaría entre uso recreativo y consumo problemático de sustancias?
7. ¿Qué implicaciones clínicas tiene el fenómeno de tolerancia en el tratamiento de las adicciones?
8. ¿Cómo se aplican los criterios diagnósticos para diseñar un plan de intervención en pacientes con trastornos adictivos?

4.2 Objetivos de aprendizaje

Al finalizar el estudio de este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Identificar las características clínicas y criterios diagnósticos de los trastornos relacionados con sustancias y conductas adictivas.

2. Analizar los efectos de diferentes sustancias psicoactivas sobre el funcionamiento psicológico y neurobiológico.
3. Diferenciar entre patrones de consumo, abuso y dependencia en contextos clínicos.
4. Aplicar criterios diagnósticos en la evaluación de casos relacionados con adicciones.
5. Valorar la influencia de factores biopsicosociales en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos adictivos.

4.3 Trastorno De Síntomas Somáticos

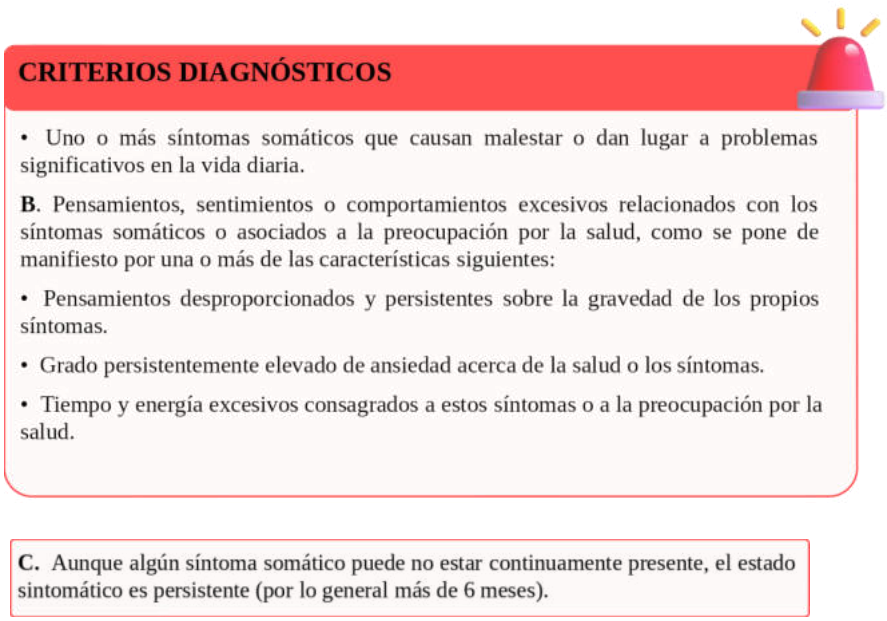
¿Qué es?

(Oiseth et al., 2025) definen al trastorno de síntomas somáticos (TSS) como un trastorno en el que la persona presenta uno o más síntomas físicos acompañados de preocupaciones, pensamientos y emociones desproporcionadas respecto a la gravedad de dichos síntomas, y aunque generalmente estas manifestaciones físicas no representan un peligro grave, el individuo invierte gran cantidad de tiempo y esfuerzo en intentar comprender su origen y encontrar formas de tratarlas. En este contexto, el abordaje terapéutico se fundamenta principalmente en establecer una relación terapéutica sólida y de confianza entre el paciente y el profesional de la salud.

4.3.1 Etiología

Algunos estudios han encontrado vínculos entre experiencias traumáticas específicas y determinados tipos de síntomas somáticos. Por ejemplo, las personas que han sufrido abuso sexual suelen presentar con mayor frecuencia síntomas ginecológicos, obstétricos o gastrointestinales sin una causa médica clara. De manera similar, en ciertos refugiados que han sido testigos de violencia extrema durante la guerra, se ha observado una elevada incidencia de manifestaciones como la ceguera psicogénica. Estos hallazgos sugieren que el trauma

psicológico puede influir significativamente en la aparición de síntomas físicos sin explicación orgánica aparente (Guzmán Guzmán, 2011).



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

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

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.

C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado sintomático es persistente (por lo general más de 6 meses).

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 250-251), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

4.3.2 Especificaciones

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 6 meses).

Especificar la gravedad actual:

- Leve: Solo 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).

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 250-251), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

4.3.3 Factores de riesgo

Guzmán Guzmán., (2011) expresa que existen diversos factores que podrían incidir en el desarrollo de un trastorno de síntomas somáticas, sin embargo, prioriza los siguientes:

- **Factores genéticos:** Se ha propuesto que podría existir una base genética compartida entre la somatización en mujeres y los trastornos de personalidad antisocial en hombres; sin embargo, esta hipótesis no ha sido confirmada de forma consistente en diferentes poblaciones.
- **Factores biológicos:** Algunos pacientes presentan alteraciones en procesos cognitivos relacionados con los lóbulos frontales,

especialmente en el hemisferio no dominante, lo que podría asociarse con síntomas como depresión, dolor psicógeno o manifestaciones de conversión. También se han observado diferencias en la actividad cerebral, como mayor desarrollo funcional del hemisferio derecho, hiperactividad del *locus coeruleus* y menor flujo sanguíneo en regiones posteriores del cerebro.

- **Factores biopsicosociales:** Se han encontrado patrones familiares y experiencias tempranas adversas relacionadas con la somatización. En algunos casos, los familiares varones presentan abuso de alcohol o trastornos de personalidad, mientras que las mujeres del entorno familiar tienden a mostrar más diagnósticos de somatización. Además, en mujeres suele asociarse con antecedentes de abandono o abuso en la infancia, y en hombres con situaciones legales, militares o compensaciones por incapacidad.

4.3.4 Características diagnósticas

El DSM-5-TR de la APA (2023) indica que la característica central del trastorno de adaptación es la aparición de síntomas emocionales o conductuales como respuesta a un factor estresante identificable (Criterio A). Este estresor puede ser un único acontecimiento (p. ej., el final de una relación) o varios problemas simultáneos (p. ej., dificultades económicas y conflictos de pareja). Los factores de estrés pueden presentarse de forma puntual, repetirse o mantenerse de manera continua (p. ej., crisis periódicas en un negocio o una enfermedad crónica).

Asimismo, pueden afectar al individuo, a la familia o a un grupo más amplio, como ocurre en situaciones de desastre natural, y también pueden relacionarse con transiciones de la vida (p. ej., iniciar estudios, abandonar el hogar familiar, casarse o jubilarse). El diagnóstico también puede considerarse tras la muerte de un ser querido cuando la reacción de duelo es más intensa o persistente de lo esperable según el contexto cultural o evolutivo, siempre que no cumpla los criterios del trastorno de duelo prolongado.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 250-251), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

4.3.5 Funciones asociadas

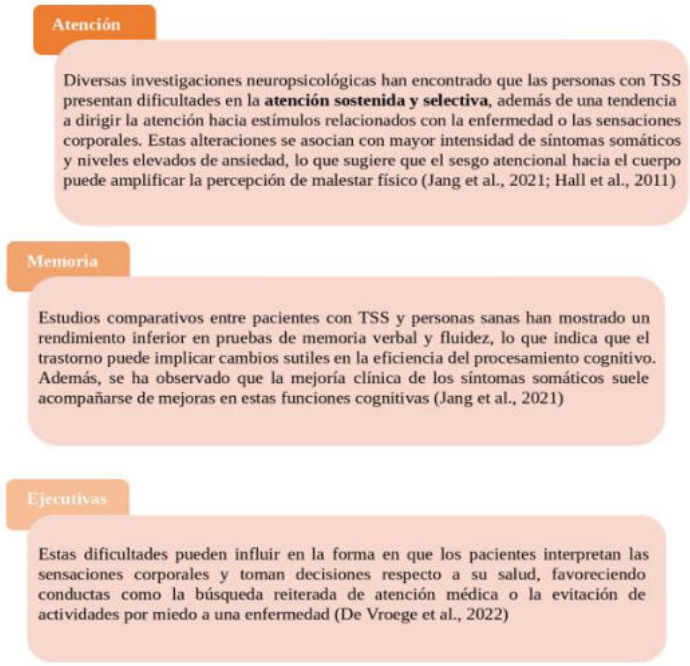


Figura 29. Funciones asociadas.

4.3.6 Prevalencia

Se estima que el trastorno de síntomas somáticos (TSS) afecta aproximadamente entre el 5 % y el 7 % de la población general, presentándose con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, con una proporción cercana a 10:1. Este trastorno puede manifestarse en diferentes etapas del desarrollo, incluyendo la infancia, la adolescencia y la adultez. Asimismo, su prevalencia es mayor en el contexto de la atención primaria, donde puede alcanzar alrededor del 17 % de los pacientes. Además, se ha observado que su frecuencia tiende a incrementarse en personas que padecen trastornos funcionales, como la fibromialgia, el síndrome del intestino irritable y el síndrome de fatiga crónica (Kurlansik y Maffei, 2016; Harris et al., 2009; Creed F. y Barsky A., 2004; Häuser et al., 2015)

Tabla 26. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Otros trastornos mentales:	Si los síntomas físicos aparecen dentro de otro trastorno mental y se cumplen sus criterios diagnósticos (por ejemplo, en el trastorno de pánico), ese trastorno debe considerarse como diagnóstico principal o adicional. En muchos casos ambos diagnósticos pueden coexistir y requerir tratamiento.
Otras afecciones médicas:	La presencia de síntomas físicos sin causa clara no basta para diagnosticar trastorno de síntomas somáticos. Algunas enfermedades, como el síndrome del intestino

	irritable o la fibromialgia, presentan síntomas corporales, pero no cumplen necesariamente los criterios psicológicos del trastorno. Por otro lado, tener una enfermedad médica no excluye el diagnóstico si existen preocupaciones excesivas, persistencia del malestar y pobre respuesta al tratamiento.
Factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas:	En el trastorno de síntomas somáticos, el malestar proviene de los síntomas físicos acompañados de pensamientos o conductas desproporcionadas sobre la salud. En cambio, en este diagnóstico existe una enfermedad médica confirmada cuyo curso o tratamiento se ve afectado negativamente por factores psicológicos.
Trastorno de pánico:	Los síntomas físicos y la preocupación por la salud aparecen principalmente durante crisis agudas de ansiedad. En el trastorno de síntomas somáticos, los síntomas y la preocupación tienden a ser más persistentes.
Trastorno de ansiedad generalizada:	La preocupación se dirige a múltiples situaciones de la vida cotidiana. La salud puede ser una de ellas, pero no suele ser el foco central como ocurre en el trastorno de síntomas somáticos.
Trastornos depresivos:	Pueden incluir síntomas físicos como fatiga o dolor. Sin embargo, el diagnóstico requiere la presencia de ánimo deprimido o pérdida de interés, lo que permite diferenciarlo del trastorno de síntomas somáticos.
Trastorno de ansiedad por enfermedad:	Se caracteriza por una preocupación intensa por padecer una enfermedad grave, pero con pocos o ningún síntoma físico significativo.

Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (conversión):	Se manifiesta por pérdida o alteración de funciones neurológicas (por ejemplo, parálisis). En el trastorno de síntomas somáticos, la atención se centra en el malestar generado por los síntomas físicos.
Trastorno delirante:	Las creencias sobre la enfermedad en el trastorno de síntomas somáticos no alcanzan intensidad delirante. En el trastorno delirante de tipo somático, la convicción de padecer una enfermedad grave es fija y muy intensa.
Trastorno dismórfico corporal:	La preocupación se dirige a defectos percibidos en la apariencia física. En el trastorno de síntomas somáticos, el temor se relaciona con la posibilidad de una enfermedad.
Trastorno obsesivo-compulsivo:	Las ideas sobre enfermedad pueden aparecer, pero en el TOC suelen ser más intrusivas y se acompañan de conductas repetitivas destinadas a reducir la ansiedad.
Trastorno facticio y simulación:	En estos casos los síntomas se falsifican o producen intencionalmente para aparentar enfermedad. En el trastorno de síntomas somáticos, las molestias no son simuladas y el sufrimiento del paciente es genuino.

Fuente: Texto adaptado con base en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 321-322), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¿AÚN TIENES DUDAS?

A continuación, te presento un material audiovisual que amplía y ejemplifica los contenidos abordados en esta sección. Te recomiendo visualizarlo para comprender mejor los conceptos expuestos.

https://youtu.be/6_fEQ7p0_Yo?si=tQY-VM0hvgLDSA9D



¡A la práctica!

• Lee el siguiente caso clínico, indica ¿Qué características del caso sugieren la presencia de un trastorno de síntomas somáticos? y menciona al menos dos trastornos con los que podría confundirse este caso.

Emmanuel, un hombre de 35 años, acude frecuentemente a consultas médicas por dolor abdominal, fatiga constante y dolores musculares generalizados. A pesar de múltiples evaluaciones médicas y resultados clínicos normales, continúa preocupado por su estado de salud.

Emmanuel dedica gran parte de su tiempo a investigar posibles enfermedades en internet y suele interpretar cualquier sensación corporal como señal de una enfermedad grave. Esta preocupación ha comenzado a interferir con su desempeño laboral y sus relaciones familiares, ya que suele faltar al trabajo para asistir a consultas médicas o realizarse exámenes.

Aunque los médicos le han explicado que no existe una condición médica grave, él continúa experimentando angustia intensa por sus síntomas físicos.

4.4 Trastorno de ansiedad por enfermedad

¿Qué es?

El trastorno de ansiedad por enfermedad, anteriormente conocido como hipocondría, es un trastorno mental caracterizado por una preocupación intensa y persistente por tener o llegar a desarrollar una enfermedad grave que no ha sido diagnosticada. Las personas que lo padecen mantienen un temor constante respecto a su estado de salud, incluso cuando los exámenes médicos, la exploración física y las pruebas de laboratorio no muestran ninguna alteración significativa (Newby et al., 2017; Scarella et al., 2019)

4.4.1 Etiología

El trastorno de ansiedad por enfermedad se relaciona con niveles elevados de ansiedad centrados en la propia salud, lo que lleva a la persona a interpretar de forma exagerada o amenazante las sensaciones corporales. Desde el punto de vista etiológico, esta intensa preocupación por la posibilidad de padecer una enfermedad constituye un factor central en el desarrollo y mantenimiento del trastorno. Actualmente, su estudio y diagnóstico representan un desafío, ya que su clasificación dentro de los sistemas diagnósticos modernos resulta compleja, por lo que suele ubicarse dentro del grupo de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados (Rodríguez-Quiroga, 2017).



Criterios diagnósticos

A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.

B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentr una afección médica (p. ej., antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.

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

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).

E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante 6 meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.

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.

G. 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.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p. 357), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

4.4.2 Factores de riesgo

Newby et al., (2017); Scarella et al., (2019); y Alberts et al., (2016) exponen que los factores de riesgo para el trastorno de ansiedad por enfermedad varían de persona a persona, sin embargo, se puntualizan los siguientes como los más importantes:

- Cognitivos: as personas con trastorno de ansiedad por enfermedad (TAI) suelen experimentar malestar ante sensaciones corporales normales, interpretando incluso cambios físicos leves como señales de enfermedad.
- Socio-familiares: Crecer en un entorno familiar donde las preocupaciones por la salud se discuten con frecuencia o donde los padres muestran una preocupación excesiva por temas médicos puede favorecer el desarrollo de este trastorno.

- Experiencias personales: El riesgo también puede incrementarse cuando la persona ha padecido una enfermedad grave durante la infancia o cuando familiares cercanos, como padres o hermanos, han sufrido enfermedades importantes.
- Psicológicos: Asimismo, quienes presentan trastornos de ansiedad previos, como el trastorno de ansiedad generalizada, tienen mayor probabilidad de desarrollar TAI.
- Conductuales: Finalmente, dedicar demasiado tiempo a buscar información médica en internet o revisar constantemente contenidos relacionados con enfermedades puede aumentar la vulnerabilidad a desarrollar este trastorno.

4.4.3 Características diagnósticas

Como se menciona el manual diagnóstico de la APA (2023), muchos individuos que anteriormente eran diagnosticados con hipocondría en el DSM-IV (preocupación excesiva por padecer una enfermedad grave basada en la interpretación errónea de sensaciones corporales) actualmente se clasifican dentro del trastorno de síntomas somáticos. Sin embargo, en una parte de los casos resulta más adecuado el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad.

Bajo la anterior premisa este trastorno se caracteriza por una preocupación persistente por tener o desarrollar una enfermedad médica grave no diagnosticada (Criterio A). Por lo general no existen síntomas somáticos o estos son leves (Criterio B), y las evaluaciones médicas no identifican una enfermedad que explique la preocupación. Cuando aparecen sensaciones físicas, suelen corresponder a fenómenos

fisiológicos normales o molestias benignas (p. ej., mareos ortostáticos, tinnitus transitorio o eructos). El malestar se relaciona principalmente con la interpretación ansiosa de su significado médico.

En consecuencia, cuando existe una enfermedad real, la preocupación suele ser desproporcionada a su gravedad (Criterio B). La preocupación por la enfermedad se acompaña de ansiedad marcada por la salud (Criterio C). Las personas con este trastorno se alarman fácilmente ante información sobre enfermedades y mantienen su inquietud a pesar de evaluaciones médicas normales o pruebas negativas. Con el tiempo, esta preocupación puede ocupar un lugar central en la vida del individuo y afectar sus actividades cotidianas.

Son frecuentes las conductas de comprobación corporal repetida (Criterio D), como examinarse constantemente o buscar información sobre enfermedades por ejemplo en Internet y solicitar tranquilidad a familiares, amigos o médicos. Estas conductas pueden generar tensión en las relaciones. En algunos casos también aparece evitación de situaciones o actividades que se perciben como riesgosas para la salud.

4.4.4 Funciones asociadas

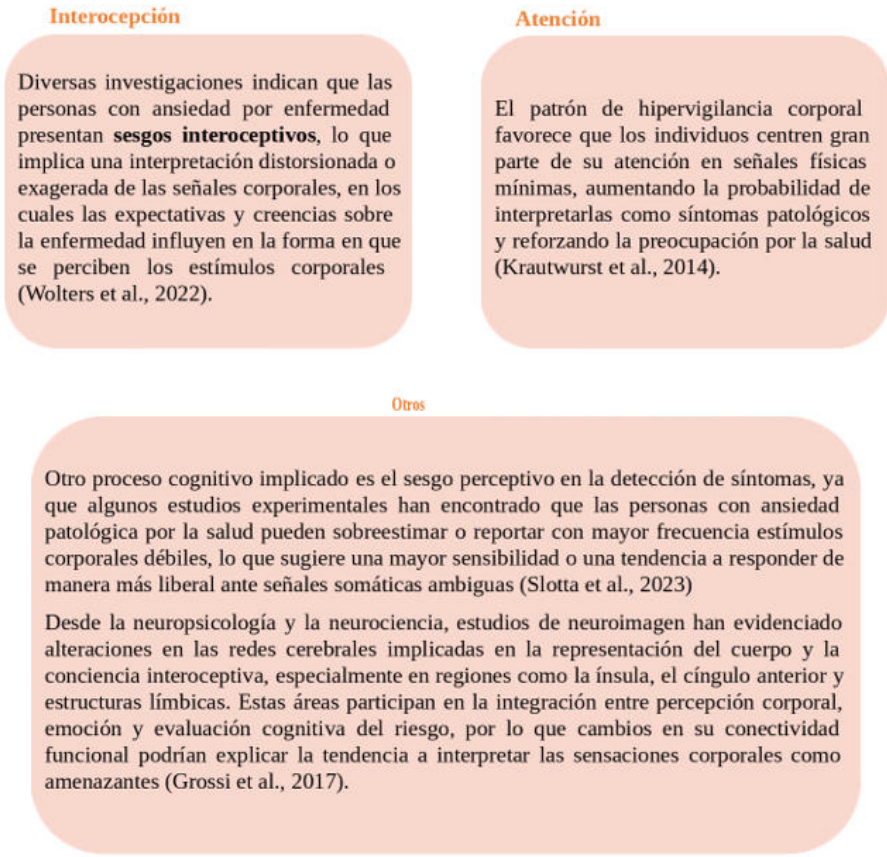


Figura 30. Funciones asociadas.

4.4.5 Prevalencia

Newby et al., (2017); Bandelow y Michaelis, (2017) y Scarella et al., (2019) establecen que la dinámica epidemiológica del trastorno de ansiedad por enfermedad, se visualiza de la siguiente manera:

El trastorno de ansiedad por enfermedad (TAE) es considerado un diagnóstico relativamente reciente, ya que fue incorporado por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

(DSM-5) en el año 2013. Debido a su introducción reciente en los sistemas diagnósticos, la prevalencia exacta del trastorno aún no está completamente establecida, por lo que muchas estimaciones se basan en datos previos del diagnóstico de hipocondriasis, utilizado en las versiones DSM-III y DSM-IV

Diversos estudios indican que aproximadamente una cuarta parte de las personas que anteriormente eran diagnosticadas con hipocondriasis cumplen actualmente con los criterios clínicos del trastorno de ansiedad por enfermedad. Asimismo, la frecuencia del trastorno puede variar dependiendo del contexto en el que se realicen los estudios, como en entornos médicos clínicos o en la población general.

En términos epidemiológicos, se estima que la prevalencia del trastorno en servicios ambulatorios de atención médica es cercana al 0,75 %, mientras que en la población general ronda el 0,1 %. El trastorno puede observarse con cierta frecuencia durante la adolescencia, sin que exista una diferencia significativa entre hombres y mujeres, aunque los síntomas tienden a intensificarse con el paso de los años. Además, algunos estudios sugieren que su aparición es más frecuente en personas con desempleo o con niveles educativos más bajos.

Tabla 27. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Otras afecciones médicas:	Deben descartarse enfermedades neurológicas, endocrinas u otras condiciones médicas. El diagnóstico es posible si la preocupación por la salud es claramente desproporcionada respecto a la enfermedad existente.
Trastornos de adaptación:	La ansiedad puede surgir tras una enfermedad grave. Si la reacción es breve corresponde a un trastorno de adaptación; si la preocupación persiste más de seis meses y es excesiva, se considera ansiedad por enfermedad.
Trastorno de síntomas somáticos:	En este trastorno existen síntomas físicos significativos. En la ansiedad por enfermedad los síntomas son inexistentes o leves.
Trastornos de ansiedad:	En la ansiedad generalizada la preocupación abarca múltiples áreas. En el trastorno de pánico el temor surge durante las crisis. En la ansiedad por enfermedad la preocupación se centra de forma persistente en padecer una enfermedad.
Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados:	Las comprobaciones sobre la salud pueden parecer compulsivas, pero en el TOC las obsesiones son intrusivas y de múltiples temas. En el trastorno dismórfico corporal la preocupación se limita a la apariencia.

Trastorno depresivo mayor:	Las preocupaciones somáticas pueden aparecer durante episodios depresivos. Solo se diagnostica ansiedad por enfermedad si persisten fuera del episodio.
Trastorno de ansiedad por enfermedad:	Se caracteriza por una preocupación intensa por padecer una enfermedad grave, pero con pocos o ningún síntoma físico significativo.
Trastornos psicóticos:	En la ansiedad por enfermedad las creencias sobre la enfermedad no son delirantes. En los trastornos psicóticos existe convicción fija e inamovible.

Fuente: Texto adaptado con base en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 359-360), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¿AÚN TIENES DUDAS?

¡Observa el siguiente video para obtener otro punto de vista y esclarecer tus interrogantes!

https://www.youtube.com/watch?v=5pk6FtwOtTw



¡A la práctica!

- Lee las siguientes preguntas y reflexiona sobre ellas desde la perspectiva de la práctica clínica. Puedes responder de forma individual o discutirlas en pequeños grupos.
- ¿Cómo influye la interpretación que hace el paciente de sus sensaciones corporales en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad por enfermedad?

_____
_____

- ¿Qué desafíos puede enfrentar el psicólogo clínico al trabajar con pacientes que buscan constantemente confirmación médica sobre su estado de salud?

_____
_____

- ¿Qué aspectos deben considerarse durante la evaluación psicológica para diferenciar este trastorno de otros trastornos relacionados con síntomas físicos o con ansiedad?

_____
_____

- ¿Qué estrategias terapéuticas podrían ser efectivas para ayudar a los pacientes a manejar la preocupación excesiva por su salud?

_____
_____

4.5 Trastorno de Síntomas Neurológicos Funcionales (Trastorno de Conversión)

¿Qué es?

El trastorno de conversión, también denominado trastorno de síntomas neurológicos funcionales, aparece cuando una persona experimenta conflictos psicológicos profundos o situaciones emocionales intensas que se expresan a través del cuerpo. Como resultado, pueden presentarse síntomas físicos de tipo neurológico, como dificultades motoras o sensoriales, que no cuentan con una explicación médica evidente, aunque se manifiestan de forma real para el paciente (Centro Médico ABC, 2025).

4.5.1 Etiología

Se desconoce la causa del trastorno neurológico funcional. Es posible que la afección la desencadene un trastorno neurológico o una reacción al estrés o a los traumas psicológicos o físicos, pero este no es siempre

el caso. El trastorno neurológico funcional está relacionado con la forma en que funciona el cerebro, en lugar de con el daño a la estructura cerebral, como debido a un accidente cerebrovascular, la esclerosis múltiple, una infección o una lesión (Mayo Clinic, 2022).



Criterios diagnósticos

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

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

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

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-10-MC depende del tipo de síntoma (véase a continuación).

Especificar el tipo de síntoma:

- **F44.4** Con debilidad o parálisis
- **F44.4** Con movimiento anómalo (p. ej., temblor, distonía, 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 6 meses.
- **Persistente:** Síntomas durante 6 meses o más.

Especificar si:

- Con factor de estrés psicológico (especificar el factor de estrés)
- Sin factor de estrés psicológico

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 360-361), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

4.5.2 Factores de riesgo

- Factores genéticos y fisiológicos: La presencia de enfermedades neurológicas que generan síntomas similares puede aumentar el riesgo de desarrollar trastorno de síntomas neurológicos funcionales. Por ejemplo, una proporción significativa de personas con crisis no epilépticas funcionales también presenta epilepsia, lo que puede influir en la aparición o en el curso del trastorno. Además, cuando los síntomas tienen una duración corta y el paciente acepta el diagnóstico, el pronóstico suele ser más favorable.
- Factores temperamentales: Ciertos rasgos de personalidad desadaptativos, especialmente aquellos relacionados con inestabilidad emocional, se asocian con mayor frecuencia a la aparición del trastorno de síntomas neurológicos funcionales.
- Factores ambientales: Las experiencias adversas durante la infancia, como el abuso o la negligencia, pueden actuar como factores de vulnerabilidad. Asimismo, eventos vitales estresantes o experiencias físicas traumáticas, como lesiones corporales, suelen funcionar como desencadenantes del trastorno, aunque no están presentes en todos los casos.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 362-363), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

4.5.3 Características diagnósticas

De acuerdo a APA (2023), el trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión) se caracteriza por la presencia de uno o más síntomas neurológicos que no corresponden con patrones de enfermedad neurológica reconocida. Entre los síntomas motores más frecuentes se encuentran debilidad o parálisis, movimientos anormales (temblor, sacudidas o distonía) y alteraciones de la marcha. Los síntomas sensoriales incluyen disminución o pérdida de la sensibilidad, de la visión o de la audición, también, pueden presentarse episodios que imitan crisis epilépticas, síncope o estados de inconsciencia, conocidos como crisis funcionales o no epilépticas.

Para profundizar, otros signos posibles son alteraciones del habla (disfonía, afonía o disartria), sensación de nudo en la garganta o diplopía, el diagnóstico se basa en hallazgos clínicos positivos que demuestran incompatibilidad entre los síntomas y las enfermedades neurológicas conocidas. No se establece únicamente por exclusión ni por resultados normales en pruebas médicas, y puede diagnosticarse incluso en personas que padecen trastornos neurológicos reales. La incoherencia interna observada durante la exploración física suele evidenciar esta incompatibilidad.

Entre los hallazgos clínicos característicos destacan:

- Debilidad o parálisis funcional: signos como el signo de Hoover o el signo del abductor de la cadera, donde la fuerza se normaliza cuando se realizan movimientos contralaterales. También puede

observarse discrepancia entre la debilidad en la exploración y la capacidad funcional en otras actividades.

- Temblor funcional: el temblor cambia o desaparece cuando el paciente realiza movimientos rítmicos con otra extremidad. También puede presentar variaciones en frecuencia o dirección.
- Distonía funcional: suele manifestarse con posturas fijas, como inversión del tobillo, puño cerrado o contracción unilateral del platisma, generalmente de inicio brusco.
- Crisis funcionales (no epilépticas): pueden observarse cierre persistente de los ojos, movimientos bilaterales con conciencia preservada o episodios prolongados. En algunos casos el electroencefalograma permanece normal durante el episodio.
- Síntomas del habla: inconsistencias entre la articulación y la fonación durante la evaluación clínica.
- Síntomas visuales: hallazgos como el campo visual en túnel o pruebas que muestran incoherencia en la agudeza visual.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 360-361), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

4.5.4 Funciones asociadas

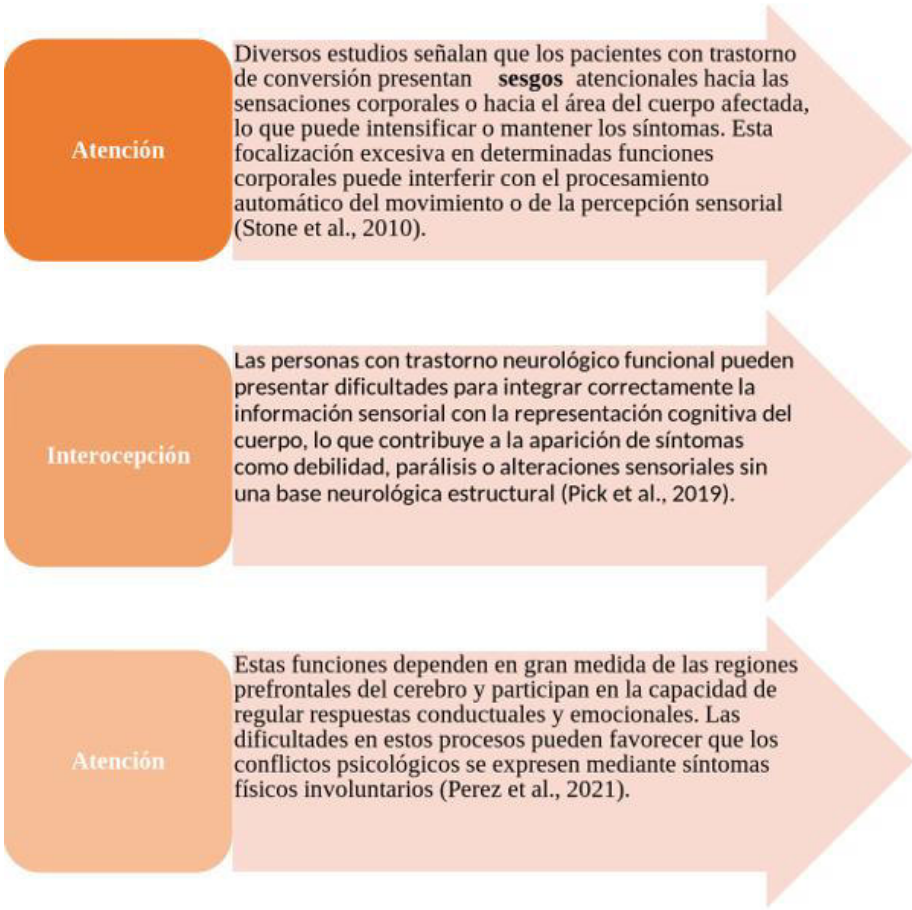


Figura 31. Funciones asociadas.

4.5.5 Prevalencia

Los síntomas neurológicos funcionales de carácter transitorio son relativamente comunes; sin embargo, aún no se conoce con precisión la prevalencia real de este trastorno. De acuerdo con investigaciones realizadas en Estados Unidos, la incidencia anual de estos síntomas se sitúa aproximadamente entre 4 y 12 casos por cada 100.000 personas. En Europa, la frecuencia de los síntomas neurológicos funcionales

persistentes a nivel individual parece ser mayor, particularmente en los servicios de psiquiatría de enlace.

Por ejemplo, se ha observado que alrededor del 5 % de los pacientes atendidos en clínicas especializadas en Japón presentan este tipo de síntomas. Asimismo, en Omán, estos casos representan aproximadamente el 6 % de los ingresos hospitalarios en adultos y adolescentes entre 9 y 17 años en un hospital psiquiátrico.

En consultas de neurología, cerca del 30 % de los pacientes presentan síntomas que podrían ser compatibles con un trastorno de síntomas neurológicos funcionales. Además, distintos estudios realizados en Escocia y Australia señalan que entre el 5 % y el 15 % de las personas evaluadas reciben finalmente un diagnóstico de este tipo de trastorno.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 360-361), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

Tabla 28. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Enfermedades neurológicas reconocidas:	Debe descartarse primero una patología neurológica que explique los síntomas. Aunque es poco frecuente encontrar posteriormente una causa neurológica no detectada, puede requerirse reevaluación si el cuadro progresa. Este trastorno también puede coexistir con enfermedades neurológicas reales.

Trastorno de síntomas somáticos:	En el trastorno de síntomas somáticos los síntomas físicos no muestran incompatibilidad clara con enfermedades médicas. En el trastorno de síntomas neurológicos funcionales, dicha incompatibilidad con la patología neurológica es un criterio diagnóstico esencial.
Trastorno facticio y simulación:	Los síntomas en este trastorno no son intencionales. Si existe producción deliberada de síntomas, se considera simulación cuando hay beneficio externo o trastorno facticio cuando no lo hay.
Trastornos disociativos:	Los síntomas disociativos son frecuentes y, si se cumplen criterios para ambos trastornos, deben diagnosticarse conjuntamente.
Trastorno dismórfico corporal:	Se caracteriza por preocupación por defectos percibidos en la apariencia física, sin alteraciones sensoriales ni motoras.
Trastornos depresivos:	La depresión puede producir sensación general de pesadez en las extremidades, pero no la debilidad focal característica de este trastorno, además de presentar síntomas afectivos propios.
Trastorno de pánico:	Se caracteriza por una preocupación intensa por padecer una enfermedad grave, pero con pocos o ningún síntoma físico significativo.
Trastornos psicóticos:	Los síntomas neurológicos episódicos también pueden aparecer en ataques de pánico, pero suelen acompañarse de manifestaciones cardiorrespiratorias y

	conciencia conservada, a diferencia de algunas crisis funcionales.

Fuente: Texto adaptado con base en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 363-364), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¿AÚN TIENES DUDAS?

¡Asegúrate de que todo quede claro, usa estas flip cards para repasar y dominar el tema!

https://www.canva.com/design/DAHDsod6Wpo/5aHIWmSffUKOiZoEwl0bdA/view?utm_content=DAHDsod6Wpo&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=uniquelinks&utlId=h675a257630



¡A la práctica!

• Lee cada enunciado, analiza y escribe V (Verdadero) o F (Falso). Luego justifica brevemente tu respuesta.

• ____ El trastorno de síntomas neurológicos funcionales se caracteriza por la presencia de síntomas neurológicos que no pueden explicarse completamente por una condición médica identificable.

• ____ Los síntomas de este trastorno son siempre simulados o fingidos de manera consciente por el paciente.

• ____ Entre los síntomas más comunes pueden presentarse dificultades motoras, alteraciones sensoriales, problemas en la coordinación o episodios similares a convulsiones.

• ____ Para realizar el diagnóstico, es necesario descartar completamente cualquier evaluación médica o neurológica previa.

• ____ Los factores psicológicos o situaciones de estrés pueden estar asociados con la aparición o exacerbación de los síntomas.

4.6 Factores Psicológicos que Influyen en Otras Afecciones Médicas

¿Qué es?

La APA (2022) defineque los factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas (PFAOMC) se refieren a un trastorno diagnosticado cuando una enfermedad médica existente se ve perjudicada por la influencia de aspectos psicológicos o conductuales. Estos factores pueden desencadenar o agravar la condición médica, dificultar la adherencia o eficacia del tratamiento y, además, aumentar el riesgo de complicaciones, morbilidad e incluso mortalidad.

4.6.1 Etiología

Casi todas las enfermedades pueden verse influidas por factores psicológicos y conductuales, además de elementos sociales y ambientales como el empleo, las condiciones económicas, las relaciones interpersonales o el entorno en el que se vive. Asimismo, las diferencias en la manera en que las personas reaccionan ante síntomas físicos persistentes, enfermedades o procesos de hospitalización parecen explicarse, al menos en parte, por la influencia de factores psicológicos. Esta idea no es nueva; desde la antigüedad, Hipócrates señalaba que resulta más relevante conocer el tipo de persona que padece una enfermedad que identificar únicamente la enfermedad que presenta (Groves et al, 2019; Löwe et al., 2024)

Criterios diagnósticos

A. Presencia de un síntoma o afección médica (que no sea un trastorno mental).

B. Factores psicológicos o conductuales que afectan negativamente a la afección médica de una de las maneras siguientes:

- Los factores han influido en el curso de la afección médica, como se pone de manifiesto por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación o el retraso en la recuperación de la afección médica.
- Los factores interfieren en el tratamiento de la afección médica (p. ej., poco cumplimiento).
- Los factores constituyen otros riesgos bien establecidos para la salud del individuo.
- Los factores influyen en la fisiopatología subyacente porque precipitan o exacerban los síntomas, o necesitan asistencia médica.

C. Los factores psicológicos y conductuales del Criterio B no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de pánico, trastorno de depresión mayor, trastorno de estrés postraumático).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Aumenta el riesgo médico (p. ej., incoherencia con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo).

Moderado: Empeora la afección médica subyacente (p. ej., ansiedad que agrava el asma).

Grave: Da lugar a hospitalización o visita al servicio de urgencias.

Extremo: Produce un riesgo importante, con amenaza a la vida (p. ej., ignorar síntomas de un ataque cardíaco).

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 364-365), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

4.6.2 Características diagnósticas

La característica esencial de los factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas como se muestra en el DSM-5-TR de la APA

(2023) es la presencia de uno o más factores psicológicos o conductuales clínicamente significativos que afectan negativamente una enfermedad médica, incrementando el riesgo de sufrimiento, discapacidad o muerte (Criterio B). Estos factores pueden perjudicar la salud al modificar el curso de la enfermedad o interferir con su tratamiento, actuar como factores de riesgo adicionales o influir en los procesos fisiopatológicos, provocando la aparición o el agravamiento de los síntomas.

Junto a lo anterior, los factores implicados se incluyen el malestar psicológico, los estilos de afrontamiento, los patrones de relación interpersonal y conductas perjudiciales para la salud, como la negación de los síntomas o la baja adherencia al tratamiento. En la práctica clínica, estos factores pueden agravar diferentes afecciones médicas y manifestarse mediante síntomas emocionales, acontecimientos vitales estresantes, rasgos de personalidad o formas inadecuadas de manejar la enfermedad.

A esto se suma que, los efectos pueden presentarse de forma aguda, con consecuencias médicas inmediatas, o crónica, cuando los factores actúan durante largos periodos y favorecen el desarrollo o empeoramiento de enfermedades médicas. Las afecciones implicadas pueden incluir enfermedades con fisiopatología definida, síndromes funcionales o síntomas médicos sin causa claramente identificada.

Siendo así, este diagnóstico se utiliza cuando existe evidencia clínica de que los factores psicológicos influyen de manera significativa en la evolución o el resultado de la afección médica. Cuando los síntomas psicológicos aparecen principalmente como respuesta a una enfermedad

médica identificable, suele considerarse más apropiado un trastorno de adaptación. Aunque la relación causal no siempre puede demostrarse con precisión, debe existir una asociación clínica razonable entre los factores psicológicos y la enfermedad médica.

4.6.3 Funciones asociadas



Figura 32. Funciones asociadas.

4.6.4 Prevalencia

La prevalencia de los factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas no está claramente establecida. No obstante, datos provenientes de seguros médicos privados en Estados Unidos indican

que este diagnóstico se registraba con mayor frecuencia que el trastorno de síntomas somáticos descrito en el DSM-IV.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 364-365), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

Tabla 29. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastorno	Diferencia Principal
Trastorno mental debido a otra afección médica:	En este caso, la enfermedad médica causa directamente el trastorno mental mediante un mecanismo fisiológico. En los factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas ocurre lo contrario: los factores psicológicos o conductuales empeoran el curso de la enfermedad médica.
Trastornos de adaptación:	Se diagnostican cuando los síntomas psicológicos aparecen como reacción a una enfermedad médica identificable. En cambio, en los factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas, el problema principal es que los factores psicológicos afectan negativamente la evolución de la enfermedad. Este diagnóstico se usa cuando los rasgos psicológicos presentes no cumplen criterios para otro trastorno mental.

Trastorno de síntomas somáticos:	Se caracteriza por síntomas físicos acompañados de pensamientos o conductas excesivas relacionados con la salud. Een los factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas el énfasis está en el impacto negativo de estos sobre una enfermedad existente.
Trastorno de ansiedad por enfermedad.	Implica una preocupación intensa por padecer una enfermedad grave, generalmente con pocos síntomas físicos. En los factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas puede existir ansiedad, pero el foco clínico está en su efecto sobre una enfermedad médica real.

Fuente: Texto adaptado con base en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 366-367), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¡A LA PRÁCTICA!

- Lee cada atención el siguiente caso clínico y responde las siguientes interrogantes:

Jeannina, una estudiante universitaria de 24 años, fue llevada al servicio de urgencias después de presentar una pérdida repentina de movilidad en su brazo derecho. Según relata, el síntoma apareció horas después de haber recibido la noticia de que no había sido seleccionada para un programa de posgrado al que había dedicado mucho tiempo y esfuerzo.

Durante la evaluación médica, los especialistas realizaron varios exámenes neurológicos y pruebas de imagen, los cuales no evidenciaron daño neurológico ni alguna enfermedad que pudiera explicar la pérdida de movilidad. Sin embargo, Jeannina continúa manifestando dificultad para mover su brazo y afirma sentirse muy angustiada por su condición.

En la entrevista clínica, la paciente menciona que en las últimas semanas ha estado sometida a altos niveles de estrés académico y familiar. A pesar de ello, señala que no comprende por qué su cuerpo reaccionó de esa manera.

- ¿Qué síntomas del caso podrían asociarse con un trastorno de síntomas neurológicos funcionales?
- ¿Qué evento o situación podría estar relacionado con la aparición de los síntomas?
- ¿Qué otros trastornos o condiciones médicas deberían considerarse antes de confirmar este diagnóstico?
- ¿Qué estrategias iniciales de evaluación psicológica podrían utilizarse para comprender mejor el caso?

4.7 Trastorno de insomnio

¿Qué es?

El insomnio puede entenderse como una alteración del sueño que afecta de manera significativa el bienestar y la vida cotidiana de quien lo experimenta. Se caracteriza por una dificultad constante para conciliar el sueño, mantenerlo durante la noche o lograr un descanso de buena calidad, incluso cuando existen condiciones adecuadas para dormir. Esta problemática implica que la persona no consigue un sueño reparador a pesar de disponer del ambiente y las circunstancias necesarias para ello (Esquivel Araya., 2022)

4.7.1 Etiología

La etiología del insomnio es compleja, ya que este trastorno no puede explicarse por una única causa específica. Por ello, no existe un tratamiento dirigido exclusivamente a su origen, lo que hace necesario abordarlo desde una perspectiva multifactorial que considere diversos factores y, en muchos casos, adapte la intervención a las características particulares de cada persona. Aunque en los últimos años se han logrado avances importantes en la comprensión y detección temprana del problema, aún persisten desafíos para mejorar el manejo del insomnio y promover una mejor calidad del sueño y, en consecuencia, una mejor calidad de vida en la población (Sociedad Española del Sueño, 2016).

Criterios diagnósticos

A. Predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes:

- Dificultad para iniciar el sueño. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador.)
- Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para volver a conciliar el sueño sin la intervención del cuidador.)
- Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.

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

C. La dificultad del sueño se produce al menos 3 noches a la semana.

D. La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de 3 meses.

E. La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.

F. El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia (p. ej., narcolepsia, un trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, una parasomnia).

G. El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento).

H. La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 250-251), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

4.7.2 Especificaciones

Las especificaciones correspondientes a este trastorno según la Asociación Americana de Psiquiatría (2023) mediante del DSM V-TR son:

- Con trastorno mental.
- Con afección médica.
- Con otro trastorno del sueño.

Paralelamente, se realiza la codificación, para ello, el código F51.01 aplica a todos los especificadores, luego el código del trastorno de insomnio y sucesivamente el trastorno o afección médica asociada.

Especificar si:

Episódico: Duración máxima de un mes, pero menor a 3 meses.

Persistente: Sintomatología de 3 meses o más.

Recurrente: Dos (o más) episodios en 1 año.

Se debe recalcar que, el insomnio agudo y de corta duración (es decir, criterios diagnósticos completos que duran menos de 3 meses) se codificará como otro trastorno de insomnio especificado. El diagnóstico de este trastorno se realiza independientemente de si es un problema aislado o comórbido con otras afecciones. Debido a que su relación causal con trastornos mentales o médicos es compleja y variable, no es necesario establecer cuál es la causa del otro. Solo se diagnostica por separado cuando el insomnio es lo suficientemente grave como para requerir atención clínica específica, permitiendo tratar ambas condiciones de forma conjunta.

4.7.3 Factores de riesgo

El insomnio es un trastorno frecuente que puede desarrollarse a partir de diversos factores de riesgo. Algunos de ellos están relacionados con la herencia genética, mientras que otros se vinculan con el proceso de envejecimiento o con determinados hábitos de vida. Entre los principales factores asociados el Departamento de Salud y servicios Humanos de EEUU (2022) Y se encuentran los siguientes:

- Edad avanzada: la probabilidad de experimentar insomnio tiende a incrementarse con el paso de los años.
- Antecedentes familiares: la predisposición genética puede influir en la aparición del insomnio y en características del sueño, como su profundidad o calidad.
- Sexo: las mujeres presentan una mayor probabilidad de padecer insomnio en comparación con los hombres.
- Estilo de vida: ciertos hábitos cotidianos pueden favorecer la aparición de este problema, por ejemplo, dormir siestas prolongadas cerca de la hora de acostarse, consumir en exceso sustancias estimulantes como la cafeína o el alcohol, fumar o mantener horarios de sueño irregulares.
- Estrés o preocupaciones: las tensiones relacionadas con la vida diaria o la preocupación constante por no poder dormir pueden aumentar el riesgo de insomnio, generando un ciclo en el que la falta de sueño incrementa la ansiedad por dormir.
- Trastornos médicos y psiquiátricos: algunas enfermedades físicas, como las cardíacas o el asma, así como trastornos mentales como

la depresión y la ansiedad, suelen presentarse asociados con dificultades para dormir.

4.7.4 Características diagnósticas

Es preciso subrayar que existen características diagnósticas que permiten discriminar de forma fácil el trastorno, el DSM-5-TR de la APA (2023), el eje central es la insatisfacción con la cantidad o la calidad del sueño, que suele manifestarse como dificultad para iniciar el sueño, para mantenerlo o como despertares tempranos con incapacidad para volver a dormir. Estas alteraciones deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes. El problema del sueño puede presentarse de manera independiente o durante el curso de otro trastorno mental o afección médica.

Por consiguiente, el insomnio puede manifestarse en diferentes momentos del período de sueño, cuando se denomina insomnio inicial corresponde a la dificultad para conciliar el sueño al acostarse; el insomnio de mantenimiento implica despertares frecuentes o prolongados durante la noche; y el insomnio tardío se caracteriza por despertarse antes de lo previsto sin lograr volver a dormir. Entre estas formas, la dificultad para mantener el sueño es la más frecuente, aunque en muchos casos los síntomas aparecen combinados y pueden variar con el tiempo.

La evaluación de estas dificultades suele basarse principalmente en la percepción subjetiva del propio individuo o de un cuidador, aunque también pueden utilizarse herramientas como diarios de sueño,

actigrafía o polisomnografía. No obstante, es común que las personas con insomnio perciban que tardan más en dormirse o que duermen menos de lo que muestran las mediciones objetivas, fenómeno que podría relacionarse con estados de hiperactivación fisiológica o cortical. Otro síntoma frecuente es la sensación de sueño no reparador, es decir, la percepción de que el descanso es de mala calidad y no produce recuperación al despertar, incluso cuando la duración del sueño parece suficiente.

Este síntoma suele acompañar a las dificultades para iniciar o mantener el sueño, aunque también puede presentarse de manera aislada, además, de las dificultades nocturnas, el trastorno de insomnio suele asociarse con consecuencias diurnas, como fatiga, somnolencia, problemas de atención, concentración o memoria, así como irritabilidad o inestabilidad emocional. Ahora bien, el diagnóstico solo debe establecerse cuando estas alteraciones del sueño se acompañan de malestar o deterioro significativo durante el día, ya que algunas personas pueden presentar interrupciones del sueño sin experimentar repercusiones funcionales relevantes.

4.7.5 Funciones asociadas

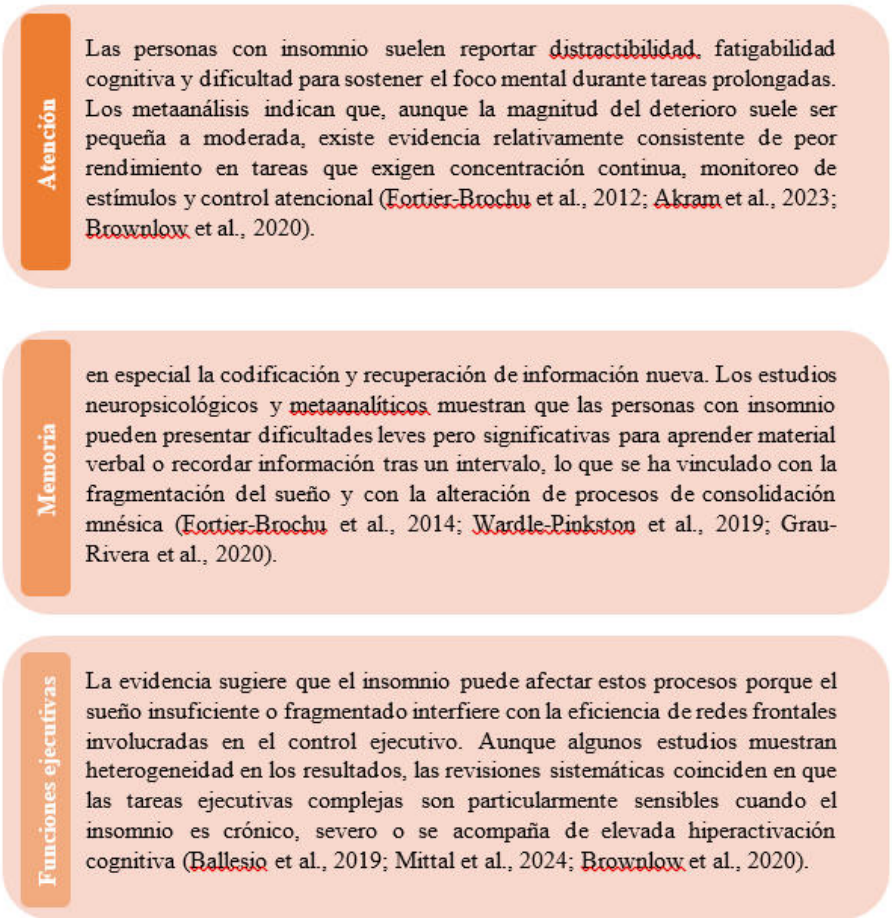


Figura 33. Funciones asociadas.

4.7.6 Prevalencia

Se estima que alrededor de un tercio de la población presenta insomnio cuando únicamente se toman en cuenta los síntomas nocturnos, como la dificultad para iniciar o mantener el sueño. No obstante, esta proporción se reduce aproximadamente al 10% cuando también se consideran las repercusiones durante el día, de esta manera, el insomnio crónico como síndrome clínico completo afecta aproximadamente entre el 6% y el 10% de la población (Morin et al., 2006)

Asimismo, este trastorno se observa con mayor frecuencia en mujeres y en personas con niveles socioeconómicos más bajos. Aunque puede aparecer en cualquier etapa de la vida, su diagnóstico es más habitual en adultos mayores, lo que podría relacionarse con los cambios en la calidad del sueño asociados al envejecimiento, así como con el aumento de enfermedades concomitantes y el consumo de medicamentos que pueden favorecer la aparición del insomnio (Ohayon M., 2002).

Tabla 30. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Variaciones normales del sueño:	La duración del sueño varía entre las personas y algunos individuos duermen poco de forma natural ("dormidores cortos") sin dificultad para dormir ni repercusiones diurnas como fatiga o irritabilidad. Esto los diferencia del trastorno de insomnio, donde sí existe malestar o deterioro funcional. También debe distinguirse de los cambios normales del sueño relacionados con la edad y de la privación de sueño causada por circunstancias externas que reducen la oportunidad de dormir.

Insomnio agudo o situacional:	El insomnio de corta duración aparece durante periodos de estrés o cambios recientes en los horarios de sueño y suele durar desde días hasta algunas semanas. Puede generar malestar, pero no cumple el criterio de duración de tres meses del trastorno de insomnio, por lo que se clasifica como otro trastorno de insomnio especificado o no especificado. En muchos casos desaparece cuando disminuye el estrés o la persona se adapta al cambio, aunque a veces puede evolucionar hacia un insomnio crónico.
Síndrome de las piernas inquietas:	Puede causar dificultad para iniciar o mantener el sueño, pero se distingue por la presencia de sensaciones desagradables en las piernas acompañadas de una necesidad imperiosa de moverlas.
Trastornos del sueño relacionados con la respiración:	En afecciones como la apnea del sueño predominan ronquidos intensos, pausas respiratorias nocturnas y somnolencia diurna marcada. Aunque algunos pacientes también refieren insomnio, el problema principal corresponde a la alteración respiratoria durante el sueño.
Narcolepsia:	Puede incluir quejas de sueño nocturno fragmentado, pero se diferencia por la presencia predominante de somnolencia diurna excesiva y síntomas característicos como cataplejía, parálisis del sueño y alucinaciones relacionadas con el sueño.

Parasomnias:	Se caracterizan por conductas o eventos anómalos durante el sueño que producen despertares, pero el rasgo principal del cuadro son estos episodios conductuales y no la dificultad persistente para dormir.
Trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos, tipo con insomnio:	Se diagnostica cuando la dificultad para dormir se relaciona directamente con el efecto fisiológico de una sustancia, como drogas, medicamentos o toxinas; por ejemplo, el insomnio que aparece únicamente durante un consumo elevado de cafeína.

Nota. Texto adaptado con base en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 415-416), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¿AÚN TIENES DUDAS?

¡Despejemos algunas dudas visualizando el siguiente video informativo!

https://www.youtube.com/watch?v=Qzi5XiGt4EA



¡A la práctica!

- Revisa las preguntas a continuación, analízalas desde el punto de vista de la práctica clínica. Luego, respóndelas de manera individual o comentarlas en pequeños grupos.
- ¿Qué aspectos del estilo de vida y del historial del paciente deberían explorarse durante la evaluación de un posible trastorno de insomnio?

_____
_____

- ¿Qué factores psicológicos o ambientales podrían contribuir al desarrollo o mantenimiento del insomnio?

_____
_____

- ¿De qué manera la falta persistente de sueño puede afectar el funcionamiento cognitivo, emocional y social de una persona?

_____
_____

- ¿Qué otras condiciones médicas o psicológicas deberían considerarse antes de confirmar el diagnóstico de trastorno de insomnio?

_____
_____

- ¿Qué estrategias terapéuticas o cambios conductuales podrían recomendarse para mejorar la calidad del sueño en un paciente con este trastorno?

_____
_____

4.8 Apnea E Hipopnea Obstructiva Del Sueño

¿Qué es?

La apnea e hipopnea obstructiva del sueño es un trastorno caracterizado por la aparición repetida de interrupciones o reducciones en la respiración durante el sueño, estas alteraciones ocurren debido a una obstrucción parcial o total de las vías respiratorias superiores, que incluyen estructuras como la nariz, la cavidad nasal, la boca, la faringe y la laringe (Hospital Clinic de Barcelona, 2022)

4.8.1 Etiología

Eguía V. y Cascante J. (2007) manifiestan que la etiología del síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) es compleja y aún no se conoce con total claridad, este trastorno se produce en las vías aéreas superiores,

especialmente en la orofaringe, donde ocurre un colapso que interrumpe el paso del aire durante el sueño, generando episodios de apnea o disminución del flujo respiratorio, la estabilidad del calibre de estas vías depende del funcionamiento de los músculos dilatadores y abductores de la orofaringe, los cuales se activan de manera rítmica durante cada inspiración para mantener abierta la vía respiratoria.



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A. Puede ser (1) o (2):

- Signos en la polisomnografía de al menos cinco apneas o hipopneas obstructivas por hora de sueño y uno u otro de los síntomas del sueño siguientes:
- Alteraciones nocturnas de la respiración: ronquidos, resoplidos/jadeo o pausas respiratorias durante el sueño.
- Somnolencia diurna, fatiga o sueño no reparador a pesar de las condiciones suficientes para dormir, que no se explica mejor por otro trastorno mental (incluido un trastorno del sueño) y que no se puede atribuir a otra afección médica.
- Signos en la polisomnografía de 15 o más apneas y/o hipopneas obstructivas por hora de sueño con independencia de los síntomas acompañantes.

Nota. Texto adaptado con base en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p.429), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

4.8.2 Especificaciones

Especificar la gravedad actual:

Leve: El índice de apnea-hipopnea es inferior a 15.

Moderado: El índice de apnea-hipopnea es de 15-30.

Grave: El índice de apnea-hipopnea es superior a 30.

Nota. Texto adaptado con base en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 415-416), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

4.8.3 Especificaciones

El manual diagnóstico de la APA (2023) señala que a gravedad del trastorno se establece principalmente mediante el índice de apnea-hipopnea, que corresponde al número de apneas (ausencia de flujo aéreo) e hipopneas (reducción del flujo) por hora de sueño, medido con polisomnografía u otra monitorización nocturna.

También se consideran la desaturación de oxígeno, la fragmentación del sueño (frecuencia de despertares y fases del sueño) y el deterioro diurno. El cuadro se considera más grave cuando existe desaturación significativa (p. ej., más del 10 % del sueño con saturación < 90 %) o cuando el sueño está muy fragmentado, con un índice de despertares elevado (> 30) o una marcada reducción del sueño profundo (fase N3 < 5 %).

4.8.4 Factores de riesgo

Parra et al., (2000) manifiestan que entre los principales factores de riesgo del síndrome de apnea-hipopnea del sueño se encuentra el sexo, ya que en edades medias la frecuencia es mayor en hombres que en mujeres, con una proporción aproximada de entre uno y tres hombres por cada mujer, aunque esta diferencia tiende a disminuir después de la menopausia y en etapas más avanzadas de la vida, otro factor relevante es la obesidad, la cual se asocia con una mayor probabilidad de presentar este trastorno, aunque en algunos casos puede actuar como una variable

de confusión debido a que también se relaciona de forma independiente con la somnolencia diurna excesiva en personas que no presentan el síndrome

Asimismo, dichos autores manifiestan que existen factores que pueden agravar esta condición, entre ellos el consumo de alcohol, el tabaquismo y la posición de decúbito supino al dormir, ya que estas condiciones favorecen la obstrucción de las vías respiratorias superiores y pueden intensificar la aparición de los episodios respiratorios característicos durante el sueño

4.8.5 Características diagnósticas

Respecto a características adicionales que permitan establecer el diagnóstico APA (2023), menciona que la gravedad del trastorno se determina principalmente mediante el índice de apnea-hipopnea, que corresponde al número de episodios de apnea (ausencia de flujo aéreo) e hipopnea (reducción del flujo aéreo) por hora de sueño, medido mediante polisomnografía u otros sistemas de monitorización nocturna.

Más allá del recuento de episodios, la valoración clínica también considera la desaturación de oxígeno durante la noche, el grado de fragmentación del sueño y la intensidad de los síntomas diurnos. Los valores utilizados pueden variar según la técnica de medición y modificarse con el tiempo.

El trastorno se considera más grave cuando los episodios respiratorios se acompañan de desaturación significativa de oxígeno (por ejemplo, cuando más del 10 % del tiempo de sueño presenta saturaciones

inferiores al 90 %) o cuando existe fragmentación importante del sueño, reflejada en un alto índice de despertares (>30) o en una reducción marcada del sueño profundo (fase N3 < 5 %).

4.8.6 Prevalencia

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es un trastorno frecuente que puede generar importantes consecuencias para la salud. Se estima que, considerando la presencia de cinco o más eventos respiratorios por hora, esta condición afecta a cerca de mil millones de personas en el mundo, mientras que aproximadamente 425 millones de adultos entre 30 y 69 años presentan formas moderadas a graves, caracterizadas por quince o más eventos respiratorios por hora durante el sueño (Young et al., 1993; Malhotra et al., 2021; Benjafield et al., 2019).

En Estados Unidos, diversos estudios indican que entre el 25% y el 30% de los hombres y entre el 9% y el 17% de las mujeres cumplen con los criterios diagnósticos de AOS. La frecuencia del trastorno es mayor en poblaciones hispanas, afroamericanas y asiáticas, y aumenta con la edad, especialmente a partir de los 50 años, etapa en la que hombres y mujeres presentan tasas más similares. Asimismo, el incremento de la prevalencia de este trastorno se ha relacionado con el aumento de los niveles de obesidad, que pueden oscilar entre el 14% y el 55%, además de factores hereditarios como la predisposición genética a la obesidad y ciertas características anatómicas de los tejidos blandos de las vías respiratorias superiores (Peppard et al., 2013; Gottlieb et al., 2020; Garvey et al., 2015)

Tabla 31. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Ronquido primario y otros trastornos del sueño:	El ronquido primario aparece en personas que roncan sin alteraciones significativas en los estudios de sueño ni síntomas relevantes. En la apnea-hipopnea obstructiva del sueño, en cambio, se observan pausas respiratorias, jadeos nocturnos y somnolencia diurna, confirmadas mediante polisomnografía.
Narcolepsia y otras causas de somnolencia:	La apnea obstructiva también debe distinguirse de trastornos que producen somnolencia diurna, como narcolepsia, hipersomnia, sueño insuficiente o alteraciones del ritmo circadiano. A diferencia de la narcolepsia, no aparecen cataplejía ni fenómenos asociados al sueño REM; en cambio, son frecuentes los ronquidos intensos y las pausas respiratorias.
Apnea central del sueño:	En la apnea central los episodios ocurren por disminución o ausencia del esfuerzo respiratorio. Suele asociarse a insuficiencia cardíaca, trastornos neurológicos o uso de opioides, hallazgo que puede confirmarse en la polisomnografía.
Trastorno de insomnio:	El insomnio se caracteriza por dificultad para iniciar o mantener el sueño o por despertares tempranos. No presenta los ronquidos intensos ni los eventos respiratorios propios de la apnea, aunque ambos trastornos pueden coexistir.

Ataques de pánico nocturnos:	Los ataques de pánico pueden causar despertares con sensación de ahogo o jadeo. Sin embargo, suelen acompañarse de intensa activación autonómica y no muestran apneas ni desaturación de oxígeno en los estudios de sueño.
Asma nocturna:	El asma nocturna también provoca despertares con dificultad respiratoria. La diferencia radica en los antecedentes de asma y en la ausencia de apneas o hipopneas en la monitorización del sueño.
TDAH en niños:	En la infancia, la apnea obstructiva puede manifestarse con inatención, bajo rendimiento escolar o hiperactividad, síntomas similares al TDAH. La presencia de ronquidos, respiración dificultosa durante el sueño o hipertrofia adenoamigdalar orienta hacia apnea del sueño.
Trastornos del sueño inducidos por sustancias:	El consumo o la abstinencia de sustancias puede causar insomnio o hipersomnia. Una historia clínica detallada suele identificar esta causa; sin embargo, algunas sustancias, como el alcohol o sedantes, pueden agravar una apnea obstructiva existente.

Fuente: Texto adaptado con base en **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** ***(5.ª ed., texto revisado; pp. 433-434), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.***

¿AÚN TIENES DUDAS?

A continuación, te invitamos a explorar las siguientes *flip cards*, donde encontrarás información clave sobre la apnea e hipopnea del sueño. Este recurso te permitirá repasar de manera dinámica los conceptos principales del tema.

https://www.canva.com/design/DAHDsk6ABHY/vqROl2Eoy5J3zk4DipiOOg/view?utm_content=DAHDsk6ABHY&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=uniquelinks&utlId=h73f7ceabf5



¡A la práctica!

- Lee el siguiente caso y responde las preguntas de reflexión.

Pedro, de 48 años, ha sido descrito por su pareja como una persona que ronca muy fuerte durante la noche. En varias ocasiones, ella ha notado que deja de respirar por unos segundos y luego vuelve a hacerlo con un jadeo o resoplido. Además, Pedro suele despertarse cansado, presenta somnolencia durante el día y le cuesta concentrarse en el trabajo. Últimamente también ha experimentado dolores de cabeza al despertar.

Preguntas de reflexión

- ¿Qué señales del caso podrían indicar la presencia de apnea o hipopnea del sueño?
- ¿Por qué crees que Pedro presenta cansancio y dificultad para concentrarse durante el día?
- ¿Qué riesgos para la salud podrían aparecer si este problema del sueño no se trata?
- ¿Qué recomendaciones o acciones debería considerar Pedro para mejorar su salud del sueño?

4.9 Trastorno del Sueño Inducido por Sustancias/Medicamentos

¿Qué es?

El trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos es una alteración del sueño que aparece como consecuencia del consumo, abuso o abstinencia de determinadas sustancias o fármacos. Esta condición se caracteriza por la presencia de problemas para dormir, como insomnio u otras alteraciones del ciclo sueño-vigilia, cuyos síntomas se relacionan directamente con los efectos de sustancias como el alcohol, medicamentos u otras drogas (Better Help ,2026)

4.9.1 Etiología

Better Help (2026) expresa que la etiología del trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos se relaciona con los efectos que diversas sustancias producen sobre los mecanismos que regulan el sueño. Entre los principales factores se encuentran el consumo de alcohol, que altera la calidad del descanso, el uso de estimulantes como la cafeína o la nicotina, así como drogas recreativas que pueden provocar insomnio o despertares nocturnos. Asimismo, algunos medicamentos recetados, el uso prolongado o la abstinencia de sedantes y el consumo crónico de opioides pueden modificar los patrones normales de sueño y favorecer la aparición de este trastorno.

Criterios diagnósticos

A. Alteración importante y grave del sueño.

B. Existen pruebas procedentes de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

• Los síntomas del Criterio A aparecen durante o poco después de la intoxicación, después de la abstinencia de una sustancia o después de la exposición a o la retirada de un medicamento.

• La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. La alteración no se explica mejor por un trastorno del sueño no inducido por sustancias/medicamentos. Estas pruebas de un trastorno del sueño independiente pueden incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno del sueño independiente no inducido por

sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. La alteración no se produce exclusivamente en el curso de un delirium.

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

Nota: Solo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

Nota de codificación: El código CIE-10-MC del trastorno del sueño inducido por sustancias depende de la presencia de un trastorno por consumo de la misma sustancia. Se usa "1" si el consumo es leve, "2" si es moderado o grave, y "9" cuando no existe un trastorno por consumo concurrente; en este último caso, solo se registra el trastorno del sueño inducido.

Nota: Existen dos excepciones en la codificación. En el caso de la cafeína, como no existe un trastorno por consumo reconocido en el DSM-5, solo se utiliza el código F15.982 para el trastorno del sueño inducido. En cambio, para el tabaco, la CIE-10-MC asume que este trastorno aparece únicamente junto a un consumo moderado o grave, por lo que se emplea el código F17.208.

Especificar si:

Tipo con insomnio: Se caracteriza por la dificultad para conciliar o mantener el sueño, despertares nocturnos frecuentes o sueño no reparador.

Tipo con somnolencia diurna: Se caracteriza por el predominio de somnolencia excesiva/fatiga durante las horas de vigilia o, con menos frecuencia, un periodo de sueño prolongado.

Tipo con parasomnia: Se caracteriza por la presencia de comportamientos anómalos durante el sueño.

Tipo mixto: Se caracteriza por un problema del sueño inducido por sustancias/medicamentos que se caracteriza por diversos tipos de síntomas del sueño, pero sin predominio claro de ninguno de ellos.

Especificar (véase la Tabla 1 en el capítulo "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos", que indica si "con inicio durante la intoxicación" y/o "con inicio durante la retirada/abstinencia" son aplicables a determinada clase de sustancias; o especificar "con inicio después del uso de un medicamento"):

- **Con inicio durante la intoxicación:** Si se cumplen los criterios para la intoxicación con la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.
- **Con inicio durante la retirada/abstinencia:** Si se cumplen los criterios de retirada/abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la retirada/abstinencia.
- **Con inicio después del uso de un medicamento:** Si los síntomas aparecieron al iniciar la medicación, después de introducir algún cambio en la medicación o durante la retirada de la medicación.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 468-469), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

4.9.2 Especificaciones

El manual diagnóstico de la APA (2023), dice que el tipo de alteración del sueño depende de la sustancia involucrada y puede clasificarse en cuatro formas. Los más frecuentes son el tipo con insomnio y el tipo con

somnolencia diurna, mientras que el tipo con parasomnia se presenta con menor frecuencia. El tipo mixto se diagnostica cuando aparecen síntomas de más de una alteración del sueño y ninguno predomina claramente.

4.9.3 Factores de riesgo

Los factores de riesgo y de pronóstico asociados al consumo de sustancias o medicamentos suelen ser habituales en determinados grupos de edad y resultan especialmente relevantes para comprender ciertos tipos de alteraciones del sueño vinculadas al uso de sustancias y a los trastornos adictivos.

- Inicio temprano del consumo de sustancias: suele desencadenar o acompañar episodios de insomnio en personas vulnerables. Por esta razón, el insomnio que aparece como reacción al estrés, a cambios en el entorno o a modificaciones en los horarios de sueño puede constituir un factor de riesgo para desarrollar un trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos. De manera similar, también puede presentarse este riesgo en individuos con hipersomnia que utilizan sustancias estimulantes.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 468-469), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

4.9.4 Características diagnósticas

De acuerdo con APA (2023), el trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos se caracteriza por una alteración del sueño lo

bastante intensa como para requerir atención clínica independiente (Criterio A). Esta puede manifestarse como insomnio, somnolencia diurna, parasomnia o una combinación, y se atribuye principalmente a los efectos farmacológicos de una sustancia, ya sea droga, medicamento o toxina (Criterio B), sin explicarse mejor por otro trastorno del sueño no relacionado con sustancias (Criterio C).

En este sentido, el diagnóstico se diferencia de otros trastornos del sueño considerando su inicio y evolución, pues aparece en el contexto de intoxicación o abstinencia, incluso hasta cuatro semanas después de suspender la sustancia. No se establece si ocurre únicamente durante un delirium (Criterio D) y requiere que los síntomas generen malestar significativo o deterioro funcional (Criterio E), especialmente cuando las alteraciones del sueño predominan en el cuadro clínico.

Tabla 32. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Intoxicación o abstinencia de sustancias:	Las alteraciones del sueño son frecuentes durante la intoxicación o la abstinencia. Sin embargo, se diagnostica trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos solo cuando el problema del sueño es el síntoma predominante y requiere atención clínica independiente.
Delirium:	Si la alteración del sueño aparece exclusivamente durante un episodio de delirium, no se establece un diagnóstico

	separado de trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos.
Otros trastornos del sueño:	Se diferencia cuando existe una relación etiológica entre el consumo de una sustancia o medicamento y los síntomas del sueño. El trastorno suele iniciarse durante el uso o suspensión del fármaco y normalmente mejora tras su interrupción. Si los síntomas persisten más de cuatro semanas o no se relacionan claramente con la sustancia, deben considerarse otros trastornos del sueño.
Trastorno del sueño asociado a una afección médica:	Ambos pueden producir insomnio, somnolencia o pesadillas. La distinción principal se basa en la cronología de los síntomas: si los problemas de sueño aparecen después del uso de una sustancia o medicamento, se considera inducido por sustancias; si preceden al tratamiento o se relacionan con una enfermedad médica, se diagnostica un trastorno del sueño asociado a esa afección. Cuando ambas condiciones influyen en los síntomas, pueden establecerse ambos diagnósticos.

Fuente: Texto adaptado con base en **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** ***(5.ª ed., texto revisado; pp. 473-474), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.***

¿AÚN TIENES DUDAS?

¡Despejemos algunas dudas visualizando el siguiente video informativo!
https://www.youtube.com/watch?v=Qzi5XiGt4EA



¡A la práctica!

Después de revisar el contenido de esta sección, responde el siguiente quiz para identificar los conceptos más importantes relacionados con el trastorno del sueño inducido por sustancias o medicamentos.

https://wayground.com/join/quiz/69b228e3fd62436464cc8ac7/start?studentShare=true



4.10 Trastorno Eréctil

¿Qué es?

La disfunción eréctil (DE), conocida anteriormente como impotencia, se describe como la dificultad persistente para conseguir o mantener una erección del pene con la rigidez suficiente que permita llevar a cabo una relación sexual satisfactoria (Munner et al., 2014)

4.10.1 Etiología

Matsui et al.,(2015) y Kouidrat et al.,(2017) señalan que la etiología de la disfunción eréctil suele ser multifactorial, ya que puede originarse por factores psicológicos y orgánicos. Entre los factores psicológicos se encuentran la depresión, la ansiedad por el desempeño sexual y otros trastornos sexuales, los cuales pueden influir en la aparición del problema incluso cuando existen causas físicas. Asimismo, el envejecimiento y diversas enfermedades médicas, como las afecciones cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes mellitus y el síndrome metabólico, pueden alterar los mecanismos fisiológicos de la erección y contribuir al desarrollo de este trastorno.

4.10.2 Criterios diagnósticos

Criterios diagnósticos

A. Por lo menos se tiene que experimentar uno de los tres síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente el 75-100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos):

- Dificultad marcada para conseguir una erección durante la actividad sexual.
- Dificultad marcada para mantener la erección hasta finalizar la actividad sexual.
- Reducción marcada de la rigidez de la erección.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos 6 meses como mínimo.

C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Especificar si:

- **De por vida:** El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.
- **Adquirido:** El trastorno empezó tras un período de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

- **Generalizado:** No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.
- **Situacional:** Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:

- **Leve:** Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.
- **Moderado:** Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.
- **Grave:** Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 481- 482), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

4.10.3 Factores de riesgo

Los factores de riesgo de la disfunción eréctil se relacionan principalmente con alteraciones de origen vascular, siendo la edad uno de los más relevantes, ya que la probabilidad y la gravedad del trastorno tienden a aumentar con el paso de los años. Asimismo, esta condición suele asociarse con enfermedades crónicas como la diabetes, los trastornos cardiovasculares, la depresión y la ansiedad. También influyen otros factores como la obesidad, el síndrome metabólico, el consumo de alcohol y el tabaquismo, los cuales pueden favorecer el desarrollo de esta alteración (Clínica Universidad de Navarra, 2025).

4.10.4 Características diagnósticas

Las características diagnósticas para trastorno eréctil según APA (2023), principalmente es una dificultad marcada para lograr o mantener una erección, o una disminución importante de su rigidez, presente en la mayoría de las actividades sexuales (Criterio A). El problema debe persistir al menos 6 meses (Criterio B) y generar malestar clínicamente significativo en el individuo (Criterio C).

La evaluación requiere confirmar que ocurre en la mayor parte de los encuentros sexuales (aprox. 75 %) y que puede presentarse de forma situacional o generalizada. En este contexto, disfunción eréctil es un término descriptivo para referirse a la dificultad eréctil, mientras que trastorno eréctil corresponde al diagnóstico del DSM-5, que exige persistencia mínima de seis meses y presencia de malestar clínicamente significativo.

4.10.5 Funciones asociadas

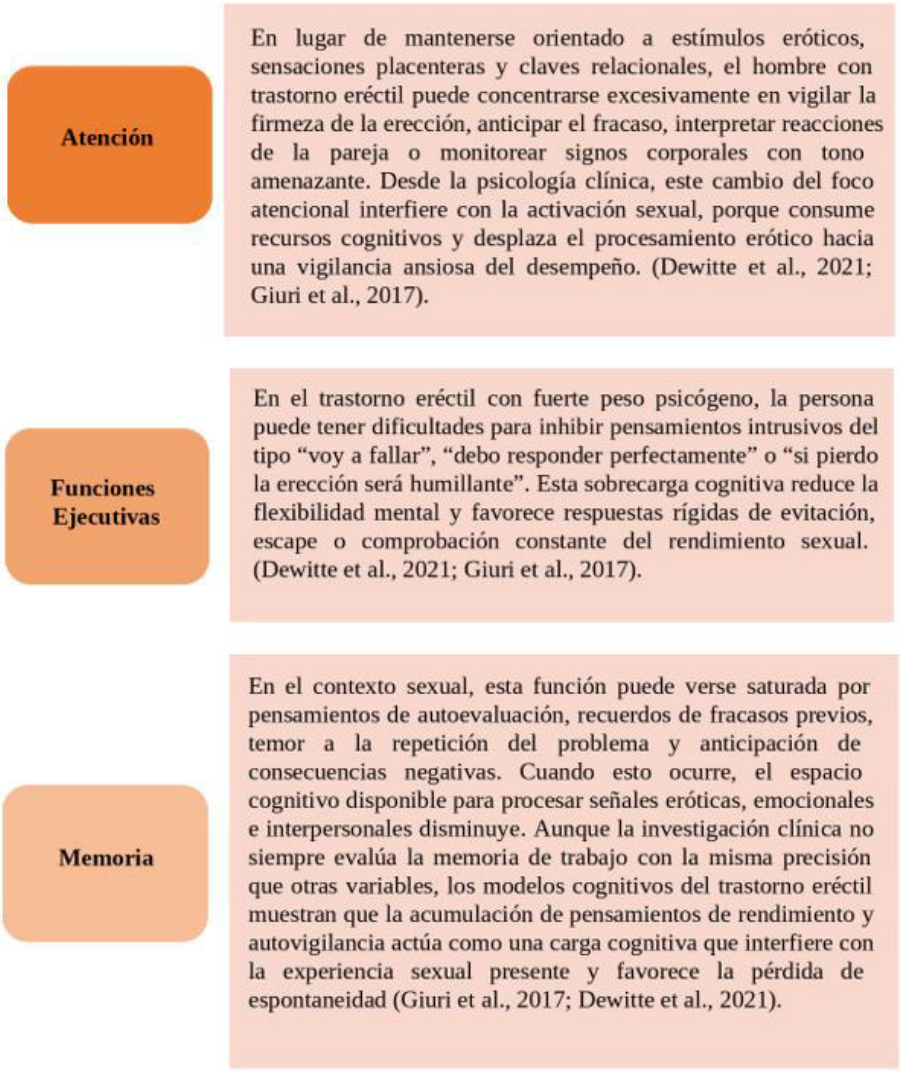


Figura 34. Funciones asociadas.

4.10.6 Prevalencia

No se dispone de datos precisos sobre la prevalencia de la disfunción eréctil considerando su aparición a lo largo de la vida o si es adquirida

posteriormente. Sin embargo, se observa un incremento notable con la edad, especialmente después de los 50 años. En la población general, se estima que la prevalencia se sitúa entre 13% y 21% en hombres de 40 a 80 años. Las cifras son menores al 10% en varones menores de 40 años, aumentan a 20-40% entre los 60 y 70 años, y pueden alcanzar 50-75% en hombres mayores de 70 años.

Algunos estudios longitudinales también han mostrado que una gran proporción de hombres mayores presenta este trastorno, aunque muchas investigaciones se han realizado principalmente en países occidentales. Asimismo, cerca del 2% de los hombres reportan dificultades eréctiles desde sus primeras experiencias sexuales, mientras que aproximadamente uno de cada cinco hombres ha presentado problemas de erección durante su primera relación sexual. Datos representativos en Estados Unidos indican que la prevalencia de estos problemas es similar en hombres mayores, independientemente de si mantienen relaciones sexuales con hombres, con mujeres o con ambos.

Nota. Texto adaptado con base en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 484-485), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

Tabla 33. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Trastornos mentales no sexuales:	El trastorno eréctil puede presentarse junto al trastorno de depresión mayor. Sin embargo, cuando

	las dificultades de erección se explican mejor por otro trastorno mental, como la depresión, no se establece el diagnóstico de trastorno eréctil.
Función eréctil normal:	También debe considerarse que algunos varones con expectativas sexuales poco realistas pueden percibir dificultades eréctiles a pesar de tener una función eréctil dentro de la normalidad.
Uso de sustancias/medicamentos:	Si los problemas de erección aparecen tras iniciar el consumo de una sustancia o medicamento y mejoran al suspenderlo o reducir la dosis, debe diagnosticarse una disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos en lugar de trastorno eréctil.
Otra afección médica:	Es fundamental descartar causas médicas de la disfunción eréctil, especialmente en hombres mayores de 40–50 años o con enfermedades concomitantes, como patología vascular. La disfunción de origen orgánico suele ser gradual y generalizada, mientras que la de origen psicológico suele presentarse de forma situacional, con inicio agudo tras situaciones estresantes y con mayor frecuencia en hombres jóvenes.

Fuente: Texto adaptado con base en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 484-485), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

¿AÚN TIENES DUDAS?

¡Despejemos algunas dudas visualizando el siguiente video informativo!

https://youtu.be/wd6f6ZT6-HE?si=LpFWx4u90CT3tQ8L



¡A la práctica!

- Lee cada afirmación y determina si es **Verdadera (V)** o **Falsa (F)**. Posteriormente, **justifica brevemente tu respuesta** explicando el fundamento teórico o clínico.
- La disfunción eréctil se diagnostica únicamente cuando la dificultad para mantener la erección ocurre en todas las situaciones sexuales. ( )
- Factores psicológicos como la ansiedad por el desempeño pueden contribuir a la aparición o mantenimiento de la disfunción eréctil. ( )
- El consumo de alcohol y algunas drogas puede interferir en los mecanismos fisiológicos responsables de la erección. ( )
- La disfunción eréctil siempre tiene una causa orgánica claramente identificable.
- Las enfermedades cardiovasculares y metabólicas pueden estar relacionadas con la aparición de disfunción eréctil. ( )
- La edad es el único factor que determina la aparición de disfunción eréctil. Los problemas de comunicación o conflictos en la pareja pueden influir en la respuesta sexual masculina. ( )
- La disfunción eréctil no tiene impacto en el bienestar emocional o en la autoestima de la persona. ( )

4.11 Trastorno Del Interés/ Excitación Sexual Femenino

¿Qué es?

Adebisi O. y Carlson K., (2024) definen al trastorno del interés/excitación sexual femenina (TIE) es una alteración de la función sexual que se caracteriza por la disminución marcada o ausencia del interés y la excitación sexual en la mujer, condición que anteriormente se denominaba trastorno del deseo sexual hipoactivo y trastorno de la excitación sexual femenina, y que suele presentarse con mayor frecuencia en mujeres de mayor edad o en etapa posmenopáusica, pudiendo generar malestar significativo o dificultades en las relaciones interpersonales.

4.11.1 Etiología

Diversos factores pueden influir en el interés sexual de una mujer y en su capacidad de experimentar excitación, entre ellos dificultades en la relación de pareja, cambios asociados a la menopausia, el uso de ciertos medicamentos, algunas enfermedades médicas, así como problemas emocionales como la depresión, la ansiedad y el estrés, además de antecedentes de experiencias sexuales traumáticas (Coon A. y Hodges K., 2023).



Criterios diagnósticos

A. Ausencia o reducción significativa del interés/excitación sexual femenina, que se manifiesta al menos por tres de los siguientes:

- Interés ausente o reducido en la actividad sexual.
- Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o reducidos.
- Inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla.
- Excitación o placer sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente el 75-100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos).
- Excitación o placer sexual ausente o reducido en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica, interna o externa (p. ej., escrita, verbal, visual).
- Sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75-100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos).

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos 6 meses como mínimo.

C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p. ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra afección médica.

Especificar si:

- **De por vida:** El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.
- **Adquirido:** El trastorno empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

- **Generalizado:** No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.
- **Situacional:** Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:

- **Leve:** Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.
- **Moderado**: Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.
- **Grave:** Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p. 889), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

4.11.2 Factores de riesgo

Mayo Clinic (2025) puntualiza que entre los factores que pueden contribuir a las dificultades sexuales se encuentran diversos aspectos físicos, hormonales, psicológicos y sociales.

- Factores físicos: Algunas enfermedades pueden favorecer la aparición de disfunción sexual. Entre ellas se encuentran el cáncer,

la diabetes, la insuficiencia renal, la esclerosis múltiple, las enfermedades cardíacas y los trastornos de la vejiga. Además, ciertos medicamentos pueden reducir el deseo sexual o dificultar la capacidad de alcanzar el orgasmo. Esto puede ocurrir con algunos fármacos utilizados para tratar la depresión, la hipertensión arterial, las alergias o diferentes tipos de cáncer.

- Factores hormonales: La disminución de los niveles de estrógeno, especialmente después de la menopausia, puede provocar cambios en los tejidos genitales y modificar la respuesta sexual. Un nivel bajo de esta hormona reduce el flujo sanguíneo hacia la región pélvica, lo que puede disminuir la sensibilidad genital y hacer que la excitación y el orgasmo requieran más tiempo.

Además, la mucosa vaginal puede volverse más delgada y menos flexible, situación que puede agravarse si la persona no mantiene actividad sexual regular. Estos cambios pueden provocar dolor durante las relaciones sexuales, conocido como dispareunia.

Paralelamente, la reducción hormonal también puede disminuir el deseo sexual. Después del parto y durante el período de lactancia, el organismo experimenta nuevas variaciones hormonales. Estos cambios pueden generar sequedad vaginal y modificar el interés o deseo de mantener relaciones sexuales.

- Factores psicológicos y sociales: Las dificultades emocionales, como la ansiedad o la depresión no tratadas, pueden provocar o agravar los problemas sexuales. De igual forma, el estrés persistente, experiencias previas de abuso sexual, las preocupaciones relacionadas con el embarazo o las demandas

asociadas al cuidado de un bebé pueden influir negativamente en la vida sexual.

4.11.3 Características diagnósticas

De manera complementaria la APA (2023), mediante el DSM-5-TR describe que el trastorno del interés/excitación sexual femenino se evalúa considerando el contexto interpersonal, ya que una simple discrepancia de deseo con la pareja no es suficiente para establecer el diagnóstico. Para cumplir los criterios debe existir ausencia o reducción de la frecuencia o intensidad de al menos tres de seis indicadores relacionados con el interés o la excitación sexual (Criterio A) durante un período mínimo de 6 meses (Criterio B).

De modo que, la manifestación clínica puede variar entre mujeres. En algunos casos predomina la falta de interés en la actividad sexual, la ausencia de pensamientos o fantasías eróticas y la escasa iniciativa para iniciar o responder a las propuestas sexuales. En otros, la dificultad principal es la incapacidad para excitarse o responder a estímulos sexuales. El deseo y la excitación suelen estar relacionados, por lo que la disminución de uno frecuentemente se acompaña de reducción del otro.

En la misma línea los indicadores diagnósticos se incluyen la disminución del interés en la actividad sexual (Criterio A1), la reducción o ausencia de fantasías o pensamientos eróticos (Criterio A2) y la menor iniciativa o receptividad ante las invitaciones sexuales de la pareja (Criterio A3). También puede observarse una reducción del placer o la excitación durante la actividad sexual en la mayoría de los encuentros

(Criterio A4), escasa respuesta a estímulos eróticos (Criterio A5) y una disminución de las sensaciones genitales o no genitales durante la actividad sexual (Criterio A6).

Sumado a lo anterior, el diagnóstico requiere además malestar clínicamente significativo asociado a estos síntomas. Este malestar puede surgir por la propia ausencia de interés o por su impacto en la vida y el bienestar de la mujer. Cuando la falta de deseo se explica mejor por una identidad asexual, no se establece el diagnóstico de este trastorno.

4.11.4 Prevalencia

Se estima que alrededor del 30% de las mujeres experimentan bajo deseo sexual de forma crónica, y aproximadamente la mitad de ellas manifiesta un malestar significativo relacionado con esta situación. La prevalencia del bajo deseo o de los problemas de excitación sexual, tanto con presencia como sin presencia de malestar, puede variar considerablemente según factores como la edad, el contexto cultural, la duración de los síntomas y el grado de afectación que generan.

Cuando se considera únicamente la duración de los síntomas, pueden observarse diferencias importantes en las estimaciones de prevalencia entre problemas de corta duración y aquellos que persisten durante más tiempo. Sin embargo, para establecer un diagnóstico clínico, es necesario que exista malestar o deterioro funcional, lo que reduce notablemente las cifras de prevalencia. Además, aunque el bajo deseo sexual se relaciona con la edad, el malestar asociado a esta disminución tiende a disminuir a medida que las mujeres envejecen.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; p. 889), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

Tabla 34. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Trastornos mentales no sexuales:	Algunos trastornos como el trastorno depresivo mayor pueden producir una marcada pérdida de interés en actividades habituales, incluido el ámbito sexual. Cuando la disminución del deseo se explica completamente por otro trastorno mental, no se establece el diagnóstico de trastorno del interés/excitación sexual femenino.
Uso de sustancias/medicamentos:	También debe considerarse que algunos varones con expectativas sexuales poco realistas pueden percibir dificultades eréctiles a pesar de tener una función eréctil dentro de la normalidad.
Uso de sustancias/medicamentos:	Si la disminución del deseo o la excitación sexual aparece tras iniciar una sustancia o medicamento y mejora al suspenderlo o reducir la dosis, se debe considerar una disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos en lugar del trastorno del interés/excitación sexual femenino.

Otra afección médica:	Cuando los síntomas sexuales se relacionan principalmente con una condición médica (p. ej., diabetes mellitus, disfunción tiroidea o trastornos neurológicos), la alteración sexual se atribuye a dicha enfermedad y no se diagnostica el trastorno del interés/excitación sexual femenino.
Factores interpersonales:	Las dificultades sexuales pueden originarse en conflictos de pareja, violencia de género u otros estresores relacionales significativos. Si estos factores explican el problema, no se establece el diagnóstico del trastorno del interés/excitación sexual femenino.
Otras disfunciones sexuales:	La presencia de otras disfunciones sexuales no excluye este diagnóstico, ya que pueden coexistir. Por ejemplo, el dolor genital persistente puede reducir el deseo sexual o interferir con la excitación y la respuesta orgásmica.
Estímulos sexuales inadecuados o ausentes:	Es necesario valorar si la estimulación sexual ha sido suficiente o apropiada. Cuando la falta de interés se relaciona con estimulación inadecuada o con cambios transitorios asociados a eventos vitales, no se diagnostica una disfunción sexual.

Fuente: Texto adaptado con base en **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** ***(5.ª ed., texto revisado; pp. 492-493), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.***

¡A la práctica!

- **Revisa el caso clínico presente en las siguientes diapositivas**

https://www.canva.com/design/DAHDst_-Ubw/ogbbxL-v5osOzEFKeSAlrg/view?utm_content=DAHDst_-Ubw&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=uniquelinks&utlId=hcac3c7d323

- **Responde**

• ¿Qué cambios en la conducta o en la experiencia sexual de Laura podrían relacionarse con el trastorno del interés/excitación sexual femenino?

• Identifica al menos **tres factores** del caso que podrían estar influyendo en la disminución del interés sexual.

• ¿De qué manera el estrés, el cansancio y las responsabilidades diarias pueden afectar la respuesta sexual?

• ¿Qué impacto puede tener esta situación en la relación de pareja y en el bienestar emocional de Laura?

• ¿Qué estrategias o acciones podrían ayudar a abordar esta situación de manera saludable?

• ¿Por qué es importante considerar tanto los factores psicológicos, relacionales y físicos en la comprensión de este tipo de dificultades?

¿AÚN TIENES DUDAS?

¡Despejemos algunas dudas visualizando el siguiente video informativo sobre Trastorno Del Interés/ Excitación Sexual Femenino!

https://youtu.be/3qrmxLzyiZQ?si=Bg1ien91btVepN_T



4.12 Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo en el Varón

¿Qué es?

El trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón se caracteriza por una disminución o ausencia persistente o recurrente de pensamientos eróticos, fantasías sexuales y deseo de actividad sexual, siempre que esta reducción genere malestar personal clínicamente significativo. En términos clínicos, no basta con una baja transitoria del interés sexual; para hablar de trastorno, la disminución del deseo debe ser sostenida y vivirse como problemática por la persona. Esta formulación aparece tanto en la sexología clínica hispana como en revisiones especializadas que recogen los consensos internacionales sobre medicina sexual (de Dios Blanco et al., 2016; Mora-Montes, 2020).

4.12.1 Etiología

La etiología del trastorno es multifactorial. En el plano biológico, una de las causas más relevantes es el hipogonadismo o déficit de testosterona, ya que esta hormona interviene en la regulación del deseo sexual y en procesos neuronales asociados con la motivación y la cognición. Asimismo, la disminución de la libido puede vincularse con enfermedades crónicas (como diabetes o enfermedad renal) y con alteraciones hipofisarias o testiculares que afectan la producción hormonal (MSD Manual Professional, 2024; MedlinePlus, 2025).

En el plano psicológico, la evidencia señala asociaciones con depresión, ansiedad, estrés, baja autoestima y conflictos de pareja. Además, las creencias y actitudes del varón hacia su sexualidad y desempeño influyen en la activación erótica, pudiendo favorecer conductas de evitación y mantener el problema en el tiempo (Sánchez Bravo et al., 2009; Sánchez Bravo et al., 2008).

Criterios diagnósticos

A. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos y deseo de actividad sexual reducidos o ausentes de forma constante o recurrente. La evaluación de la deficiencia la hace el clínico, teniendo en cuenta factores que afectan a la actividad sexual, como la edad y los contextos generales y socioculturales de la vida del individuo.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos 6 meses como mínimo.

C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra afección médica.

Especificar si:

- **De por vida:** El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.
- **Adquirido:** El trastorno empezó tras un período de actividad sexual relativamente normal.
- **Generalizado:** No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.
- **Situacional:** Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:

- **Leve:** Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.
- **Moderado:** Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.
- **Grave:** Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 498-499), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

4.12.2 Factores de riesgo

Los factores de riesgo del trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón son diversos y reflejan la naturaleza multifactorial del deseo sexual. En general, estos factores pueden agruparse en biológicos y psicológicos-relacionales, los cuales interactúan y pueden aumentar la probabilidad de aparición o mantenimiento del trastorno.

- **Factores biológicos:** Entre los principales factores biológicos se encuentran el envejecimiento, el hipogonadismo, la presencia de enfermedades crónicas y el uso de determinados medicamentos que afectan la función hormonal o la respuesta sexual. El aumento de la edad puede asociarse a cambios en los niveles de testosterona y a una mayor prevalencia de enfermedades médicas que influyen en el deseo sexual. Asimismo, el uso de algunos fármacos, especialmente ciertos antidepresivos o medicamentos que afectan el sistema nervioso central, puede contribuir a la disminución del interés sexual (MSD Manual Professional, 2024; MedlinePlus, 2025).
- **Factores psicológicos y relacionales:** Entre los factores psicológicos y relacionales destacan la depresión, la ansiedad, el estrés persistente, la baja autoestima, los conflictos de pareja y las experiencias sexuales negativas o traumáticas. Estos elementos pueden reducir la motivación erótica, generar evitación del contacto íntimo y alterar la percepción subjetiva de la sexualidad. Además, ciertas creencias culturales o personales sobre el desempeño sexual masculino pueden aumentar la presión psicológica y favorecer la inhibición del deseo (Sánchez Bravo et al., 2008; Sánchez Bravo et al., 2009).

4.12.3 Características diagnósticas

Al evaluar el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón, es necesario definir el contexto de la relación interpersonal. Ya que, un nivel más bajo de deseo sexual en el varón no es por sí solo un criterio suficiente para establecer el diagnóstico. Para ello, el interés reducido o inexistente debe estar acompañado de una disminución o ausencia de pensamientos y fantasías de contenido sexual. Sin embargo, las manifestaciones del deseo sexual son variables entre los hombres.

La disminución o ausencia del deseo sexual, así como de los pensamientos o fantasías eróticas, debe presentarse de manera persistente o recurrente durante un período mínimo de seis meses. Este indicador busca evitar confusiones, especialmente cuando la disminución de deseo sexual se debe a causas externas o circunstancias adversas, siendo esta pasajera. Por ejemplo, una reducción temporal del deseo puede aparecer como consecuencia de estrés intenso, dificultades económicas, pérdida del empleo o una disminución de la autoestima.

Si estos factores estresantes se mantienen durante más de seis meses y persiste la disminución del deseo sexual, es deber del profesional clínico valorar minuciosamente las características del caso y determinar si resulta adecuado establecer el diagnóstico de trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón.

4.12.4 Prevalencia

La prevalencia del trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón puede variar según el país en el que se realicen los estudios y el método

utilizado para evaluarlo. En investigaciones basadas en muestras representativas de población, se estima que la prevalencia oscila entre 3 % y 17 %.

Los problemas relacionados con el deseo sexual suelen observarse con menor frecuencia en hombres jóvenes (aproximadamente entre 16 y 24 años), donde las estimaciones de prevalencia se sitúan entre 3 % y 14 %, en comparación con hombres de mayor edad (entre 64 y 74 años), en quienes los valores pueden alcanzar entre 16 % y 28 %. La ausencia persistente de fantasías sexuales durante varios meses afecta aproximadamente a menos del 6 % de los hombres.

Además, se considera que más del 2 % de los varones experimentan una disminución del deseo sexual que alcanza relevancia clínica. Sin embargo, los estudios sobre conductas de búsqueda de ayuda muestran que solo cerca del 10,5 % de los hombres que presentaron problemas sexuales en el último año acudieron a buscar asistencia profesional.

Nota. Texto adaptado con base en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 492-493), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

Tabla 35. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Trastornos mentales no sexuales:	Algunos trastornos como el trastorno depresivo mayor pueden producir una marcada pérdida de interés en actividades habituales, incluido el

	ámbito sexual. Cuando la disminución del deseo se explica completamente por otro trastorno mental, no se establece el diagnóstico de trastorno del interés/excitación sexual femenino.
Uso de sustancias/medicamentos:	También debe considerarse que algunos varones con expectativas sexuales poco realistas pueden percibir dificultades eréctiles a pesar de tener una función eréctil dentro de la normalidad.
Uso de sustancias/medicamentos:	Si la disminución del deseo o la excitación sexual aparece tras iniciar una sustancia o medicamento y mejora al suspenderlo o reducir la dosis, se debe considerar una disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos en lugar del trastorno del interés/excitación sexual femenino.
Otra afección médica:	Cuando los síntomas sexuales se relacionan principalmente con una condición médica (p. ej., diabetes mellitus, disfunción tiroidea o trastornos neurológicos), la alteración sexual se atribuye a dicha enfermedad y no se diagnostica el trastorno del interés/excitación sexual femenino.
Factores interpersonales:	Las dificultades sexuales pueden originarse en conflictos de pareja, violencia de género u otros estresores relacionales significativos. Si estos factores explican el problema, no se establece el diagnóstico del trastorno del interés/excitación sexual femenino.
Otras disfunciones sexuales:	La presencia de otras disfunciones sexuales no excluye este diagnóstico, ya que pueden coexistir. Por ejemplo, el dolor genital persistente puede

	reducir el deseo sexual o interferir con la excitación y la respuesta orgásmica.
Estímulos sexuales inadecuados o ausentes:	Es necesario valorar si la estimulación sexual ha sido suficiente o apropiada. Cuando la falta de interés se relaciona con estimulación inadecuada o con cambios transitorios asociados a eventos vitales, no se diagnostica una disfunción sexual.

Fuente: Texto adaptado con base en **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** ***(5.ª ed., texto revisado; pp. 492-493), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.***

¿AÚN TIENES DUDAS?

A continuación, te invito a explorar las siguientes *flip cards*, donde encontrarás los conceptos clave relacionados con el trastorno de De Deseo Sexual Hipoactivo En El Varón

https://www.canva.com/design/DAHDxyE5eLA/NY7urtU7Zgn1YMZvP44uQQ/view?utm_content=DAHDxyE5eLA&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=uniquelinks&utlId=hd525687ee4

https://youtu.be/3qrmxLzyiZQ?si=Bg1ien91btVepN_T



¡A LA PRÁCTICA!

¡Es momento de poner a prueba lo aprendido! Resuelve el siguiente quiz y evalúa tu nivel de comprensión sobre este tema.



4.13 Eyaculación Prematura (Precoz)

¿Qué es?

La eyaculación prematura es un trastorno sexual masculino caracterizado por la eyaculación que ocurre antes o poco tiempo después de la penetración, con escaso control voluntario sobre el reflejo eyaculatorio y con consecuencias negativas como malestar personal, frustración o dificultades en la relación de pareja. Su definición clínica integra tres elementos centrales: breve latencia eyaculatoria, dificultad persistente para retrasar la eyaculación y repercusión psicológica o relacional asociada al problema (MSD Manual Professional, 2024; Fernández Delgado, 2014).

4.13.1 Etiología

La etiología de la eyaculación prematura es multifactorial e involucra tanto factores médicos como psicológicos. Desde el plano médico, se ha señalado la participación de mecanismos neurobiológicos relacionados con la modulación serotoninérgica del reflejo eyaculatorio, así como la posible influencia de alteraciones hormonales o condiciones médicas que afectan la respuesta sexual. En el plano psicológico, la ansiedad de rendimiento, el estrés, la hipervigilancia del desempeño sexual y ciertas creencias negativas sobre la sexualidad pueden interferir en el control eyaculatorio, favoreciendo la aparición o el mantenimiento del trastorno (Fernández Delgado, 2014; MedlinePlus, 2025; MSD Manual Professional, 2024).

Criterios diagnósticos

A. Un patrón persistente o recurrente en que la eyaculación producida durante la actividad sexual en pareja sucede aproximadamente en el minuto siguiente a la penetración vaginal y antes de que lo desee el individuo.

Nota: Aunque el diagnóstico de eyaculación prematura (precoz) se puede aplicar a individuos que practican actividades sexuales no vaginales, no se han establecido criterios específicos de duración en dichas actividades.

B. El síntoma del Criterio A debe haber estado presente por lo menos durante 6 meses y se tiene que experimentar en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente el 75-100% de la actividad sexual [en situaciones y contextos concretos o, si es generalizado, en todos los contextos]).

C. El síntoma del Criterio A provoca un malestar clínicamente significativo al individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra afección médica.

Especificar si:

- **De por vida:** El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.
- **Adquirido:** El trastorno empezó tras un período de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

- **Generalizado:** No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.
- **Situacional:** Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:

- **Leve:** La eyaculación se produce aproximadamente entre los 30 y 60 segundos siguientes a la penetración vaginal.
- **Moderado**: La eyaculación se produce aproximadamente entre los 15 y 30 segundos siguientes a la penetración vaginal.
- **Grave:** La eyaculación se produce antes de la actividad sexual, al principio de esta o aproximadamente en los 15 segundos siguientes a la penetración vaginal.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 501-502), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

4.13.2 Factores de riesgo

Los factores de riesgo de la eyaculación prematura pueden clasificarse en tres grandes grupos:

- Factores biológicos y médicos: incluyen alteraciones neurobiológicas en la regulación serotoninérgica, posibles cambios hormonales y algunas condiciones médicas o sexuales concomitantes que influyen en el control de la respuesta eyaculatoria (Fernández Delgado, 2014).
- Factores psicológicos: comprenden ansiedad de rendimiento, estrés, inseguridad sexual y pensamientos anticipatorios de fracaso, los cuales incrementan la activación ansiosa y dificultan el control voluntario durante la actividad sexual (MSD Manual Professional, 2024).
- Factores relacionales y de aprendizaje sexual: incluyen conflictos de pareja, inexperiencia sexual o patrones de excitación rápida consolidados, que pueden reforzar respuestas sexuales precipitadas y contribuir al mantenimiento del problema (MedlinePlus, 2025).

4.13.3 Características diagnósticas

De acuerdo a APA (2023), la eyaculación prematura (precoz) se caracteriza por la eyaculación que ocurre antes o poco tiempo después de la penetración vaginal, lo que se evalúa mediante el tiempo de

latencia eyaculatoria, es decir, el intervalo entre la penetración y la eyaculación. Aunque los criterios se formulan para el coito peneano-vaginal, este parámetro puede aplicarse de manera comparable a otros contextos de actividad sexual.

Por ello, para el diagnóstico clínico suelen utilizarse estimaciones referidas por el propio individuo, ya que estas se correlacionan adecuadamente con las mediciones objetivas cuando la latencia es muy breve. Actualmente, el consenso clínico considera que un tiempo de latencia cercano o inferior a dos minutos puede indicar eyaculación prematura, sustituyendo el antiguo umbral aproximado de un minuto utilizado en criterios previos.

4.13.4 Prevalencia

Las estimaciones sobre la prevalencia de la eyaculación prematura muestran una gran variabilidad, en gran medida porque dependen de los criterios diagnósticos utilizados. A nivel internacional, diversos estudios sitúan su prevalencia entre 20 % y 30 % en adultos, aunque las cifras pueden incrementarse con la edad.

Sin embargo, cuando se aplican criterios diagnósticos más estrictos, la frecuencia reportada es considerablemente menor. Por ejemplo, investigaciones poblacionales en Suiza y Turquía han encontrado prevalencias entre 9 % y 11 %, mientras que estudios en Estados Unidos señalan que cerca del 55 % de los hombres entre 50 y 59 años informan eyacular antes de lo deseado. No obstante, si se utiliza una definición clínica más específica —eyaculación que ocurre dentro del primer

minuto tras la penetración vaginal— solo alrededor del 1 % al 3 % de los hombres cumplirían con este diagnóstico.

Nota. Información tomada de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; pp. 501-502), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.

Tabla 36. Diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Trastorno	**Diferencia Principal**
Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos:	Cuando la eyaculación prematura aparece exclusivamente en relación con el consumo, intoxicación o abstinencia de una sustancia o medicamento, la alteración se atribuye a sus efectos fisiológicos. En estos casos debe diagnosticarse una disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos.
Problemas eyaculatorios que no cumplen criterios diagnósticos:	Algunos hombres presentan latencias eyaculatorias dentro de rangos normales, pero desean una mayor duración, o experimentan episodios ocasionales de eyaculación rápida, como en los primeros encuentros con una nueva pareja. Estas situaciones pueden generar malestar, pero no cumplen criterios para diagnosticar eyaculación prematura.

Fuente: ***Texto adaptado con base en*** **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** ***(5.ª ed., texto revisado; p. 502), American Psychiatric Association, 2023, Editorial Médica Panamericana.***

¿AÚN TIENES DUDAS?

A continuación, te invitamos a visualizar el siguiente video, en el que se explican los aspectos principales relacionados con la eyaculación precoz, sus características y posibles factores asociados.

https://youtu.be/Vi8P9vqAG-M?si=o2pKnLKYGpxunfw2



¡A la práctica!

¡Es momento de poner a prueba lo aprendido! Resuelve el siguiente quiz y evalúa tu nivel de comprensión sobre este tema.

https://wayground.com/join/quiz/69b22974ee97ebd2b593979b/start?studentShare=true







Trastorno de insomnio

Insomnia (2002)

Sinopsis clínica:

Un detective experimenta privación del sueño mientras investiga un crimen.

Síntomas observables:

Dificultad para dormir, irritabilidad, deterioro cognitivo y fatiga



Trastorno de síntomas somáticos

Cake (2014)

Sinopsis clínica:

Una mujer que sufre dolor crónico desarrolla una intensa preocupación por su estado físico.

Síntomas observables:

Preocupación excesiva por síntomas físicos, dolor persistente, irritabilidad y deterioro funcional



Trastorno eréctil

Hope Springs (2012)

Sinopsis clínica:

Una pareja busca terapia para mejorar su relación y enfrentar dificultades sexuales.

Síntomas observables:

Dificultades en la respuesta sexual, evitación de intimidad y ansiedad de desempeño

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrams, D. J., Rojas, D. C., & Arciniegas, D. B. (2008). Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 4(6), 1089–1109. https://doi.org/10.2147/ndt.s4120.

Adebisi OY, Carlson K. Trastorno del interés y la excitación sexual femenina. [Actualizado el 29 de octubre de 2024]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2026. Disponible en: https://ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK603746/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc.

Aguilar Falcón, K. T. (2022). Trastorno depresivo persistente. Trabajo académico de segunda especialidad - Universidad Católica de Santa María. https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/7c14b31f-59c6-4cf3-8806-56a26d3f9611/content.

Akram, U., Broomfield, N. M., Jansson-Fröjmark, M., Avenell, L., Islam, S., & Ellis, J. G. (2023). Sleep-related attentional and interpretive-bias in insomnia: A systematic review and meta-analysis. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 78, 101780. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101780.

Álvarez, C. (2003, agosto). El ataque de pánico, una mirada psicoanalítica. Imago agenda. Recuperado de http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=753.

Alzheimer's Association. (2019). Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimer's & Dementia:The Journal of the Alzheimer's Association, 15(3), 321-387. Alzheimer's Association. (2020). Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association, 16(3), 391´460.

Alzheimers.gov (2026). Demencia cuerpos de Lewy. Recuperado de https://www.alzheimers.gov/es/alzheimer-demencias/demencia-cuerpos-lewy.

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto revisado). Editorial Médica Panamericana.

Aoki, M., Suzuki, M., Suzuki, S., Takao, H., & Okayama, H. (2022). Cognitive function evaluation in premenstrual syndrome during the follicular and luteal phases using near-infrared spectroscopy. Comprehensive Psychoneuroendocrinology, 10, 100117. https://doi.org/10.1016/j.cpnec.2022.100117.

Arbus C, Hergueta T, Duburcq A, et al. Adjustment disorder with anxiety in old age: Comparing prevalence and clinical management in primary care and mental health care. Eur Psychiatry 2014;29(4):233–8. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.04.002.

Armijos, C. (2019). Factores De Riesgo Modificables Que Predisponen Al Desarrollo De La Enfermedad De Alzheimer. Universidad Técnica de Machala-. Obtenido de http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/13591/1/ARMIJOS%20AJILA%20C RISTINA%20JOHANNA.pdf.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed., texto rev.).

Asociación Americana Psiquiátrica. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (5a. ed.), Editorial Medica Panamericana. (pp. 208- 214).

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5.ª ed., Texto Revisado (DSM-5-TR), Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2022.

Bacuilima Malusin, E. A., & Cayambe Gómez, S. R. (2024). Trastorno disfórico premenstrual: Fundamentos teóricos y eficacia de tratamientos psicológicos [Proyecto de titulación, Licenciatura en Psicología Clínica, Universidad Católica de Cuenca]. https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/00c73694-020f-4495-a367-3970d05ae3e1/content.

Ballesio, A., Aquino, M. R. J. V., Feige, B., Johann, A. F., Kyle, S. D., Spiegelhalder, K., Lombardo, C., Rücker, G., & Riemann, D. (2019). Executive functions in insomnia disorder: A systematic review and exploratory meta-analysis. Frontiers in Psychology, 10, 101. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00101.

Bandelow B, Michaelis S. Epidemiología de los trastornos de ansiedad en el siglo XXI. Dialogues Clin Neurosci. 2015 sep; 17 (3):327-35.

Barch, D. M. (2009). Neuropsychological abnormalities in schizophrenia and major mood disorders: Similarities and differences. Current Psychiatry Reports, 11(4), 313–319.

Barnhill, J. W. (2023, agosto). Agorafobia. Manual MSD, versión para público general. https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/agorafobia.

Barrera P, Alvaro. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 44(3), 215-221. https://dx.doi.org/https://doi.org/10.4067/S0717-92272006000300007.

Barrera, A., Vázquez, C., y Ruiz, M. (2015). Déficits cognitivos en los trastornos psicóticos: implicaciones clínicas y terapéuticas. Actas Españolas de Psiquiatría, 43(6), 223–231 https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/312.

Barrera-Valencia, M., Calderón-Delgado, L., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2017). Alteraciones en el funcionamiento cognitivo en una muestra de niños, niñas y adolescentes con trastorno de estrés postraumático derivado del conflicto armado en Colombia. Revvista CES Psicología, 10(2), 50-65.

Benazzi F. Bipolar II disorder: epidemiology, diagnosis and management. CNS Drugs. 2007;21(9):727-40. https://doi.org/10.2165/00023210-200721090-00003. PMID: 17696573.

Benjafield AV, Ayas NT, Eastwood PR, Heinzer R, Ip MSM, Morrell MJ, Nunez CM, Patel SR, Penzel T, Pépin JL, Peppard PE, Sinha S, Tufik S, Valentine K, Malhotra A. Estimación de la prevalencia global y la carga de la apnea obstructiva del sueño: un análisis basado en la literatura. Lancet Respir Med. Agosto de 2019; 7 (8):687-698.

Berlin HA., Rolls ET., Kischka U. Impulsividad, percepción del tiempo, emoción y sensibilidad al refuerzo en pacientes con lesiones de la corteza orbitofrontal. Brain. 2004;127:1108–1126. https://doi.org/10.1093/brain/awh135.

BetterHelp Editorial Team. (2024, septiembre 10). Substance/medication-induced sleep disorder. BetterHelp. https://www.betterhelp.com/mental-health/disorders-conditions/substance-medication-induced-sleep-disorder/.

Bigler ED. Fosa craneal anterior y media en el traumatismo craneoencefálico: neuroanatomía y neuropatología relevantes para el estudio de los resultados neuropsicológicos. Neuropsicología. Septiembre de 2007;21:515-31.

Bonanno GA. Pérdida, trauma y resiliencia humana: ¿hemos subestimado la capacidad humana para prosperar después de eventos extremadamente aversivos? Soy Psychol 2004; 59: 20-8.

Bravo, O. F. V. (2023). Prevalencia de los trastornos mentales del 2018 al 2020 en Macará y Huaquillas, Ecuador. Health and Addictions / Salud y Drogas, 23(1), 277-288.

Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Metaanálisis de los factores de riesgo del trastorno de estrés postraumático en adultos expuestos a traumas. J Consult Clin Psychol. Octubre de 2000; 68 (5):748-66.

Brownlow, J. A., Miller, K. E., Gehrman, P. R., & Harb, G. C. (2020). Insomnia and cognitive performance. Sleep Medicine Clinics, 15(1), 71-76. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7000136/.

Bryant, R. A. (2017). Acute stress disorder: A handbook of theory, assessment, and treatment. American Psychological Association.

Bryant, R. A. (2026). Trastorno de estrés agudo en adultos: epidemiología, características clínicas, evaluación y diagnóstico. En M. B. Stein (Ed.), UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/acute-stress-disorder-in-adults-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis/print.

Carlos Blanco. (2020). Bipolar disorder. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7416534/.

Castillo M.D. (2010). Mecanismos explicativos de los sesgos cognitivos en la ansiedad. En Interpsiquis 2010 - Congreso Virtual de Psiquiatría. https://psiquiatria.com/trabajos/3cof445429.pdf.

Castillo, M. D., & González Leandro, P. (2010). Estrés y ansiedad: Relación con la cognición. En 11° Congreso Virtual de Psiquiatría. Universidad de La Laguna. https://psiquiatria.com/trabajos/8cof245425.pdf.

Cavanagh L, Paulsen JS. Neuropsychology and Vascular Cognitive Impairment and Dementia. Neurol Clin. 2024 Nov;42(4):809-820. https://doi.org/10.1016/j.ncl.2024.05.006. Epub 2024 Jun 29. PMID: 39343476; PMCID: PMC12261353.

Celleri (2023). https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/trastorno_depresivo_mayor.pdf.

Centro Médico ABC. (2024). Trastorno de conversión. Revista Digital Centro Médico ABC. https://centromedicoabc.com/revista-digital/trastorno-de-conversion/.

Chan KY, Wang W, Wu JJ, Liu L, Theodoratou E, Car J, Middleton L, Russ TC, Deary IJ, Campbell H, Wang W, Rudan I., Grupo de Referencia de Epidemiología de la Salud Global (GHERG). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia en China, 1990-2010: una revisión y análisis sistemático. The Lancet. 8 de junio de 2013; 381 (9882):2016-23.

Chandra V, Ganguli M, Pandav R, Johnston J, Belle S, DeKosky ST. Prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en la India rural: el estudio indo-estadounidense. Neurología. Octubre de 1998;51:1000-8.

Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2019. 394(10194):240–248. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1.

Clark L., Goodwin GM. Déficits relacionados con el estado y el rasgo en la atención sostenida en el trastorno bipolar. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2004;254:61–68. https://doi.org/10.1007/s00406-004-0460-y.

Clark L., Manes F. Toma de decisiones sociales y emocionales tras una lesión del lóbulo frontal. Neurocase. 2004;10:398–403. https://doi.org/10.1080/13554790490882799.

Cleveland Clinic. (2022). Delusional disorder: Causes, symptoms, types & treatment. Cleveland Clinic. https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9599-delusional-disorder.

Cleveland Clinic. (2022, 25 de octubre). Schizophreniform disorder. https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9571-schizophreniform-disorder.

Clínica Nueva Esperanza. (2023). Trastorno de ansiedad inducido por sustancias. https://clinicanuevaesperanza.cl/trastorno-de-ansiedad-inducido-por-sustancias/.

Clínica Universitaria La Salle. (2020, 21 de septiembre). Afectación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer y cómo se puede trabajar desde la neuropsicología. https://www.clinicauniversitarialasalle.es/afectacion-cognitiva-en-enfermedad-de-alzheimer/ Fundación Pasqual Maragall. (2023, 20 de junio). Alzheimer: síntomas cognitivos y conductuales. https://blog.fpmaragall.org/sintomas-cognitivos-y-conductuales-del-alzheimer.

Conn, A., & Hodges, K. R. (2023). Trastorno del interés/de la excitación sexual. En Manual MSD: Versión para público general. Merck Sharp & Dohme. https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/funci%C3%B3n-y-disfunci%C3%B3n-sexual-en-la-mujer/trastorno-del-inter%C3%A9s-de-la-excitaci%C3%B3n-sexual.

Coryell W, Endicott J, Reich T et al. Un estudio familiar del trastorno bipolar II. Br J Psychiatry 1984;145:49-54.

Coryell, W. (2025). Trastornos bipolares. Manual MSD, versión profesional. https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-bipolares.

Creed F, Barsky A. Revisión sistemática de la epidemiología del trastorno de somatización y la hipocondría. J Psychosom Res. Abr. 2004; 56 (4):391-408.

Crespo, M., Pérez-Santos, E., Muñoz, M., & Guillén, A. I. (2016). Guía de psicoeducación para familias de personas con psicosis. Confederación Salud Mental España. https://consaludmental.org/publicaciones/Guiapsicoeducacionfamiliaspsicosis.pdf.

Crespo-Facorro, B., y Ruiz-Veguilla, M. (2016). Alteraciones cognitivas en los trastornos del espectro de la esquizofrenia. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 9(2), 98–107. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-alteraciones-cognitivas-los-trastornos-del-S1888989115000376.

Cupul-García, J. C., Hinojosa-Calvo, E., Villa-Rodríguez, M. A., Herrera-Guzmán, I., y Pardos-Blázquez, F. (2018). Evaluación neuropsicológica básica para adultos en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 56(3), 151–160.

de Dios Blanco, E., Duany Navarro, A., & Rojas Zuasnábar, L. (2016). Trastorno de deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. Revista Sexología y Sociedad, 22(2), 166–187.

Dederichs, A. C., del Pozo Alarcon, G. A., Svendsen, B. T., & Øiseth, O. (2024). A new damage detector for bridges based on natural frequencies with missing data. Structural Health Monitoring, 24(3), 1456–1484. https://doi.org/10.1177/14759217241259621.

Dewitte, M., Bettocchi, C., Carvalho, J., Corona, G., Flink, I., Limoncin, E., Pascoal, P., Reisman, Y., & Van Lankveld, J. (2021). A psychosocial approach to erectile dysfunction: Position statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM). Sexual Medicine, 9(6), 100434. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8766276/.

Diamond, A. (2013). Executive functions. Annual Review of Psychology, 64, 135–168. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750.

Dinkel J, Drier A, Khalilzadeh O, Perlbarg V, Czernecki V, Gupta R, et al.; para el Consorcio NICER (Neuroimagen para la Emergencia y Recuperación del Coma). Cambios a largo plazo en la sustancia blanca tras un traumatismo craneoencefálico grave: una cohorte prospectiva de 5 años. AJNR Am J Neuroradiol. Enero de 2014;35:23-9.

Dobielska M, Bartosik NK, Zyzik KA, Kowalczyk E, Karbownik MS. Mecanismos del deterioro cognitivo en la depresión. ¿Pueden ayudar los probióticos? Front Psychiatry. 2022;13:904426. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.904426.

Domínguez Rodríguez, I., Prieto Cabras, V., & Barraca Mairal, J. (2017). Un estudio de caso de trastorno adaptativo con ansiedad por situación de sobrecarga laboral. Clínica y Salud, 28(3), 139–146. https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.003.

Dunner DL, Gershon ES, Goodwin FK. Factores hereditarios en la gravedad de las enfermedades afectivas. Biol Psychiatry 1976;11:31-42.

Eguía, V. M., & Cascante, J. A.. (2007). Síndrome de apnea-hipopnea del sueño: Concepto, diagnóstico y tratamiento médico. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30(Supl. 1), 53-74. Recuperado en 12 de marzo de 2026, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200005&lng=es&tlng=es.

Elizondo Arias Y. (2016). Trastorno de ansiedad social (fobia social). Revista Médica Sinergia, 1(4), 20–24.

Ely E.W., Inouye S.K., Bernard G.R., Gordon S., Francis J., May L., Truman B., Speroff T., Gautam S., Margolin R., et al. Delirium in mechanically ventilated patients: Validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) JAMA. 2001;286:2703–2710. https://doi.org/10.1001/jama.286.21.2703.

Emociones, Salud y Ciberpsicología. (2021, julio 25). Manejo de la ansiedad.

https://bemocional.wh101.pucmm.edu.do/ansiedad/manejo_de_la_ansiedad.

Fabbri C. El papel de la genética en el trastorno bipolar. Curr Top Behav Neurosci 2021;48:41-60.

Facultad de Medicina de Harvard, 2007. Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS). (21 de agosto de 2017). Recuperado de https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/index.php.

Fanai M, Khan MAB. Trastorno por estrés agudo. [Actualizado el 10 de julio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2026. Disponible en: https://ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560815/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc.

Farbota KD, Bendlin BB, Alexander AL, Rowley HA, Dempsey RJ, Johnson SC. Imágenes de tensor de difusión longitudinal y correlatos neuropsicológicos en pacientes con traumatismo craneoencefálico. Front Hum Neurosci. 19 de junio de 2012;6:160.

Fernández A, Mendive JM, Salvador-Carulla L, et al. Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. Br J Psychiatry 2012;201(2):137–42. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096305.

Fernández Delgado, D. (2014). La eyaculación precoz: actualización del tema. Revista Clínica de Medicina de Familia, 7(1), 45–51.

Forrest SL, Kovacs GG. Conceptos actuales de patologías mixtas en enfermedades neurodegenerativas. Can J Neurol Sci. Mayo de 2023; 50 (3):329-345.

Fortier-Brochu, É., Beaulieu-Bonneau, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2012). Insomnia and daytime cognitive performance: A meta-analysis. Sleep Medicine Reviews, 16(1), 83-94. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21636297/.

Francis J., Kapoor W.N. Delirium in hospitalized elderly. J. Gen. Intern. Med. 1990;5:65–79. https://doi.org/10.1007/BF02602312.

García Blanco https://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-nosologia-epidemiologia-etiopatogenia-del-trastorno-S1134593414000670?code=Y2gw1z6NP50ByKnGtbC9dXm3jAIcZ7&newsletter=true.

Garety, P., Waller, H., & Emsley, R. (2015). Mecanismos cognitivos de cambio en delirios: Una investigación experimental sobre razonamiento para provocar cambios en paranoia. https://psiquiatria.com/psicosis/mecanismos-cognitivos-de-cambio-en-delirios-una-investigacion-experimental-sobre-razonamiento-para-provocar-cambios-en-paranoia.

Garvey JF, Pengo MF, Drakatos P, Kent BD. Aspectos epidemiológicos de la apnea obstructiva del sueño. J Thorac Dis. Mayo de 2015; 7 (5):920-9.

Gillette, H. (2026, enero 31). Which factors contribute to the onset of schizophrenia? Healthline.

https://www.healthline.com/health/schizophrenia/schizophrenia-causes.

Giuri, S., et al. (2017). Cognitive attentional syndrome and metacognitive beliefs in male sexual dysfunction: An exploratory study. American Journal of Men's Health, 11(6), 1758-1767. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5675226/.

Gleason L.J., Schmitt E.M., Kosar C.M., Tabloski P., Saczynski J.S., Robinson T., Cooper Z., Rogers S.O., Jr., Jones R.N., Marcantonio E.R., et al. Effect of Delirium and Other Major Complications on Outcomes After Elective Surgery in Older Adults. JAMA Surg. 2015;150:1134–1140. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.2606.

Goena Vives, J., y Molero Santos, P. (2019). Distimia. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 12(86), 5037–5040. https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.011.

Global Burden of Disease (GBD) (2021). [base de datos en línea]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2024 (https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/.

Gómez, L., Reyes, G., Silva, M., López, G., & Cárdenas, M. (2022). Etiología, factores de riesgo, tratamientos y situación actual de la enfermedad de Alzheimer en México. Gaceta médica de México, 158(4), 244-251. doi:https://doi.org/10.24875/gmm.22000023.

Gómez, O. (2016). Alternativa familiar para convatir la ansiedad social. Behavioral Psychology. Recuperado el 13 de agosto de 2021, de

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55579023/psicoev.pdf?1516340865=&responsecontentdisposition=inline%3B+filename%3DPsicoev.pdf&Expires=1613663126&Signature=Dqcs4uzTe5fqAxG1A8NMmtns6Tpszq02p798pjze8LwVZYpugiYROr~oSeXYaTgA65GeHozXOTTGsuzXmlx-CFHr6nJY3.

González Gil, L. (2024). Alteraciones cognitivas y cerebrales de la memoria episódica en el TEPT en población adulta. Universidad de Salamanca. https://gredos.usal.es/handle/10366/158581.

Gottlieb DJ, Punjabi NM. Diagnóstico y manejo de la apnea obstructiva del sueño: Una revisión. JAMA. 14 de abril de 2020; 323 (14):1389-1400.

Grau-Rivera, O., Operto, G., Falcon, C., Sánchez-Benavides, G., Cacciaglia, R., Brugulat-Serrat, A., Gramunt, N., Suárez-Calvet, M., Minguillón, C., Fauria, K., Gispert, J. D., Molinuevo, J. L., & ALFA Study. (2020). Association between insomnia and cognitive performance, gray matter volume, and white matter microstructure in cognitively unimpaired adults. Alzheimer's Research & Therapy, 12, 4. https://doi.org/10.1186/s13195-019-0547-3.

Gray-Burrows, K., Taylor, N., O'Connor, D., Sutherland, E., Stoet, G., & Conner, M. (2019). A systematic review and meta-analysis of the executive function-health behaviour relationship. Health

Psychology and Behavioral Medicine, 7(1), 253–268. https://doi.org/10.1080/21642850.2019.1637740.

Grenier S, Desjardins F, Raymond B, Payette MC, Rioux MÈ, Landreville P, Gosselin P, Richer MJ, Gunther B, Fournel M, Vasiliadis HM. Prevalencia y correlaciones del trastorno de ansiedad generalizada en seis meses entre pacientes de atención primaria de 70 años o más: Resultados del estudio de servicios de la ESA. Int J Geriatr Psychiatry. Febrero de 2019; 34 (2):315-323.

Groves MS, Muskin PR. Respuestas psicológicas a la enfermedad. En: The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry, 3.ª ed., Levenson JL (Ed.), American Psychiatric Publishing, Washington, D. C., 2019, p. 53.

Guevara Bravo, N. A., & Rivera Paredes, S. G. (2022). Prevalencia del síndrome confusional agudo en los pacientes hospitalizados en la unidad geriátrica de agudos del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, de la ciudad de Quito, entre enero y diciembre del 2020 [Tesis de especialización, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Nacional PUCE. https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/28982.

Guncay, T., y Manzo, V. (2019). Prevalencia de los trastornos fóbicos en la población rural de Cuenca. Repositorio Universidad del Azuay. Obtenido de http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/9443/1/15079.pdf.

Guthrie, A. J., Paredes-Echeverri, S., Bleier, C., Adams, C., Millstein, D. J., Ranford, J., & Perez, D. L. (2024). Mechanistic studies in pathological health anxiety: A systematic review and emerging conceptual framework. Journal of Affective Disorders, 358, 222–249. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.029.

Gutiérrez C. M., y García M. D. (1998). Ansiedad y cognición: Un marco integrador. Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 3(4). https://reme.uji.es/articulos/agutim660131299/texto.html.

Gutiérrez-García, A., & Fernández-Martín, A. (2012). Ansiedad y sesgo de interpretación de estímulos ambiguos: Una revisión. Ansiedad y Estrés, 18(1), 1–14. https://www.ansiedadyestres.es/sites/default/files/rev/ucm/2012/anyes2012a1.pdf.

Guzmán Guzmán, R. E. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en atención primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia, 4(3), 234–243. https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v4n3/especial5.pdf.

Hall NM, Kuzminskyte R, Pedersen AD, Ørnbøl E, Fink P. The relationship between cognitive functions, somatization and behavioural coping in patients with multiple functional somatic symptoms. Nord J Psychiatry. 2011 Jun;65(3):216-24. https://doi.org/10.3109/08039488.2010.528024. Epub 2010 Nov 9. PMID: 21062124.

Harris AM, Orav EJ, Bates DW, Barsky AJ. La somatización aumenta la discapacidad independientemente de la comorbilidad. J Gen Intern Med. Febrero de 2009; 24 (2):155-61. [PubMed.

Häuser W, Bialas P, Welsch K, Wolfe F. Validez de constructo y utilidad clínica de los criterios de investigación actuales para el diagnóstico del trastorno de síntomas somáticos del DSM-5 en pacientes con síndrome de fibromialgia. J Psychosom Res. Junio de 2015; 78 (6):546-52.

Hernández, A. M. (2003). [Artículo sobre trastornos psiquiátricos]. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0304541203710592/first-page-pdf.

Hofman A, Rocca WA, Brayne C, Breteler MM, Clarke M, Cooper B, et al. La prevalencia de la demencia en Europa: un estudio colaborativo de los hallazgos de 1980-1990. Grupo de Investigación de Prevalencia de Eurodem. Int J Epidemiol. Septiembre de 1991;20:736-48.

Hospital Clínic de Barcelona. (2022). Causas y factores de riesgo de la esquizofrenia. PortalCLÍNIC. https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/esquizofrenia/causas-y-factores-de-riesgo.

Hospital Clínic de Barcelona. (2022, junio 15). El síndrome de la apnea-hipopnea obstructiva del sueño.

https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/vida-saludable/dormir-bien/el-sindrome-de-la-apnea-hipopnea-obstructiva-del-sueno.

Huang, J. (2025, febrero). Delirio. En Manual MSD. Versión profesional. Merck & Co., Inc. https://www.msdmanuals.com/es/professional.

I Baños, R. M., Botella, C., Quero, S., Medina, P., & García-Palacios, A. (2005). Sesgos atencionales en la fobia social medidos mediante el Stroop emocional. Psicología Conductual, 13(2), 211–226.

Inouye S.K., Westendorp R.G., Saczynski J.S. Delirium in elderly people. Lancet. 2014;383:911–922. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1.

Insomnio. Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/insomnio.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2010). Trastornos afectivos. https://asdahna.org/wp-content/uploads/2019/05/Trastornos-Afectivos.pdf.

Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares. (2025). Demencia con cuerpos de Lewy. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. https://www.ninds.nih.gov/es/health-information/disorders/demencia-con-cuerpos-de-lewy.

Jang YE, Jang Y, Choi HY, Park HY. The relationships between cognitive control and psychological symptoms in patients with somatic symptom disorder: a pilot longitudinal study. Cogn Neuropsychiatry. 2021 Jul;26(4):242-256. https://doi.org/10.1080/13546805.2021.1923470. Epub 2021 May 11. PMID: 33975523.

Jefsen OH, Speed M, Speed D et al. Trastorno bipolar y consumo de cannabis: un estudio bidireccional de aleatorización mendeliana de dos muestras. Addict Biol 2021;26:e13030.

Jhamb N.M., (2021) Dr Safe Hands. Adjustment disorder: Risk factors, symptoms, diagnosis and treatment. https://drsafehands.com/blog/adjustment-disorder/.

Johansson V, Kuja-Halkola R, Cannon TD et al. Estimación poblacional de la heredabilidad del trastorno bipolar: en una muestra de gemelos suecos. Psychiatry Res 2019;278:180-7.

Jonathan García-Allen. (2015, agosto 1). Ciclotimia: la versión leve del Trastorno Bipolar. Portal Psicología y Mente. https://psicologiaymente.com/clinica/ciclotimia-trastorno-bipolar.

Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. La prevalencia de la demencia: una integración cuantitativa de la literatura. Acta Psychiatr Scand. Noviembre de 1987;76:465-79.

Joseph, S. M., & Siddiqui, W. (2023). Delusional disorder. En StatPearls. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539855/.

Kalaria, R N. (2016). Neuropathological diagnosis of vascular cognitive impairment and vascular dementia with implications for Alzheimer's disease. Acta Neuropathologica. 131(5), 659-685. https://doi.org/10.1007/s00401-016-1571-z.

Kalayasiri R, Kraijak K, Mutirangura A, Maes M. La esquizofrenia paranoide y la paranoia inducida por metanfetamina se caracterizan por un perfil de metilación parcial de LINE-1 similar, que es más pronunciado en la esquizofrenia paranoide. Schizophr Res. 2019 Jun; 208:221-227.

Karahan G, Kaya H, Erdogan MA, Yigitturk G, Gokyayla E, Erbas O. Efectos de la trimetazidina en la regeneración nerviosa en un modelo de lesión del nervio ciático en ratas. Bratisl Lek Listy. 2019;120:777-82.

Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. Am J Psychiatry. 2006 Jan;163(1):115-24.

Kennis M, Gerritsen L, van Dalen M, Williams A, Cuijpers P, Bockting C. Prospective biomarkers of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. Mol Psychiatry. 2020 Feb;25(2):321-338.

Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. Eur J Psychotraumatol. 2017;8(sup5):1353383. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383.

Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen H-U. Prevalencia a los doce meses ya lo largo de la vida, y riesgo mórbido a lo largo de la vida de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en Estados Unidos. Int J Métodos Psychiatr Res. Septiembre de 2012; 21 (3): 169-84.

Kikas, K., Werner-Seidler, A., Upton, E., & Newby, J. M. (2024). Illness anxiety disorder: A review of the current research and future directions. Current Psychiatry Reports, 26(7), 331–339. https://doi.org/10.1007/s11920-024-01507-2.

Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. Psychol Med. 2017 Oct;47(13):2260–74. https://doi.org/10.1017/S0033291717000708.

Kurlansik SL, Maffei MS. Trastorno de síntomas somáticos. Am Fam Physician. 1 de enero de 2016; 93 (1):49-54.

Langarita-Llorente R, Gracia-Garcia P. Neuropsicologia del trastorno de ansiedad generalizada: revision sistematica [Neuropsychology of generalized anxiety disorders: a systematic review]. Rev Neurol. 2019 Jul 16;69(2):59-67. Spanish. https://doi.org/10.33588/rn.6902.2018371. PMID: 31287149.

Leonard K, Abramovitch A. Funciones cognitivas en adultos jóvenes con trastorno de ansiedad generalizada. Eur Psychiatry. Febrero de 2019; 56:1-7.

Lepetit, G., & Pujol, S. (2025). Título del ebook. Revista Vertex. https://revistavertex.com.ar/ebooks/2025-Lepetit_Ebook_Pujol.pdf.

Levy, B., & Weiss, R. D. (2009). Cognitive functioning in bipolar disorder and co-occurring substance use disorders: A missing piece of the puzzle. Harvard Review of Psychiatry, 17(5), 281–292. https://doi.org/10.1080/10673220903209483.

Liao, K. P, & Solomon, D. H. (2013). Traditional cardiovascular risk factors, inflammation and cardiovascular risk in rheumatoid arthritis. Rheumatology (United Kingdom), 52(1) 45-52. https://doi.org/10.1093/rheumatology/kes243.

Lo HHM, Sowa N, Kong Y. Efectos de la reducción del estrés basada en la atención plena en la educación para la salud y la asistencia social: un estudio controlado por cohortes. Mindfulness (NY). 2021;12(8):2050–8. https://doi.org/10.1007/s12671-021-01663-z.

Lo JC, Ong JL, Leong RLF, Gooley JJ, Chee MWL. Rendimiento cognitivo, somnolencia y estado de ánimo en adolescentes con privación parcial de sueño: la necesidad de un estudio del sueño. Sleep. 2016;39(3):687–98. https://doi.org/10.5665/sleep.5552.

ópez, P. (2022). Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés: qué son y tipos principales. Canal Salud IMQ. https://canalsalud.imq.es/blog/trastornos-trauma-estres.

Löwe B, Toussaint A, Rosmalen JGM, Huang WL, Burton C, Weigel A, Levenson JL, Henningsen P. Persistent physical symptoms: definition, genesis, and management. Lancet. 2024 Jun 15;403(10444):2649-2662. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00623-8. PMID: 38879263.

Lucas Oliver, Elvira, Tárraga López, Pedro Juan, & Tárraga Marcos, Almudena. (2023). Trastornos adaptativos y su manejo desde atención primaria. Revista de resultados negativos y no positivos, 8 (3), 568-585. Publicación electrónica 04 de diciembre de 2023. https://dx.doi.org/https://doi.org/10.19230/jonnpr.4909.

Lynham, A. J., et al. (2020). A meta-analysis comparing cognitive function across the mood/psychosis diagnostic spectrum. Psychological Medicine, 51(16), 1–9.

Lynham, AJ, Cleaver, SL, Jones, IR y Walters, JTR (2022). Un metaanálisis que compara la función cognitiva en el espectro diagnóstico del estado de ánimo/psicosis. Psychological Medicine, 52 (2), 323–331. https://doi.org/10.1017/S0033291720002020.

Maercker A, Forstmeier S, Enzler A, et al. Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. Compr Psychiatry

2008;49(2):113–20.
https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.07.002.

Malhotra A, Ayappa I, Ayas N, Collop N, Kirsch D, Mcardle N, Mehra R, Pack AI, Punjabi N, White DP, Gottlieb DJ. Métricas de la gravedad de la apnea del sueño: más allá del índice de apnea-hipopnea. Sleep. 9 de julio de 2021; 44 (7).

Mayo Clinic. (13 de diciembre de 2022). Ciclotimia (trastorno ciclotímico). https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/cyclothymia/symptoms-causes/syc-20371275.

Mayo Clinic. (2018). Ataques de pánico: Síntomas y causas. https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/panic-attacks/symptoms-causes/syc-20376021.

Mayo Clinic. (2022). Trastorno neurológico funcional (trastorno de conversión): síntomas y causas. https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/conversion-disorder/symptoms-causes/syc-20355197.

Mayo Clinic. (2024). Trastorno esquizoafectivo: Síntomas y causas. https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/schizoaffective-disorder/symptoms-causes/syc-20354504.

Mayo Clinic. (2024). Trastornos de adaptación: síntomas y causas. https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/adjustment-disorders/symptoms-causes/syc-20355224.

Mayo Clinic. (2025). Disfunción sexual femenina: síntomas y causas. https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/female-sexual-dysfunction/symptoms-causes/syc-20372549.

McEwen BS, Morrison JH. El cerebro bajo estrés: vulnerabilidad y plasticidad de la corteza prefrontal a lo largo de la vida. Neuron. 2013;79(1):16–29. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.06.028.

McGrath J., Scheldt S., Welham J., Clair A. Rendimiento en pruebas sensibles al deterioro de la capacidad ejecutiva en esquizofrenia, manía y controles sanos: fases aguda y subaguda. Schizophr Res. 1997;26:127–137. https://doi.org/10.1016/s0920-9964(97)00070-4.

McKee AC, Stern RA, Nowinski CJ, Stein TD, Alvarez VE, Daneshvar DH, et al. El espectro de la enfermedad en la encefalopatía traumática crónica. Brain. Enero de 2013;136:43-64.

MedlinePlus. (2025). Eyaculación precoz. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU.

MedlinePlus. (2025). Prueba de niveles de testosterona. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU.

Menculini G, Steardo L, Verdolini N et al. Trastornos por consumo de sustancias en trastornos bipolares: correlatos clínicos y respuesta al tratamiento con estabilizadores del ánimo. J Affect Disord 2022;300:326-33.

Méndez I, Axelson D, Castro-Fornieles J, Hafeman D, Goldstein TR, Goldstein BI, Diler R, Borras R, Merranko J, Monk K, Hickey MB, Birmaher B. Experiencias de tipo psicótico en hijos de padres con trastorno bipolar y controles comunitarios: Un estudio longitudinal. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Mayo de 2019; 58 (5):534-543.e6.

Mental Illness Research, Education and Clinical Center. (2021). Trastorno de pánico y agorafobia. U.S. Department of Veterans Affairs. https://www.mirecc.va.gov/visn22/panic_and_agoraphobia_spanish.pdf.

Milán-Tomás, Á., Fernández-Matarrubia, M., & Rodríguez-Oroz, M. C. (2021). Lewy body dementias: a coin with two sides?. Behavioral Sciences, 11(7), 94.

Mingote Adán, J. C., Del Pino Cuadrado, P., Huidobro, A., Gutiérrez García, D., De Miguel Peciña, I., & Gálvez Herrer, M. (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. Medicina y Seguridad del Trabajo, 53(208). https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v53n208/original4.pdf.

Mingote Adán, José Carlos, Pino Cuadrado, Pablo del, Huidobro, Álvaro, Gutiérrez García, Dolores, Miguel Peciña, Isabel de, & Gálvez Herrer, Macarena. (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. Medicina y Seguridad del Trabajo, 53(208), 29-51. Recuperado en

07 de marzo de 2026, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000300005&lng=es&tlng=es.

Mishra, A. K., y Varma, A. R. (2023). A Comprehensive Review of the Generalized Anxiety Disorder. Cureus, 15(9), e46115. https://doi.org/10.7759/cureus.46115.

Mittal, H., Bhatia, T., Arora, M., & Garg, K. (2024). Cognitive functioning in adults with chronic insomnia disorder: A cross-sectional study. Industrial Psychiatry Journal, 33(1), 71-77. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11534124/.

Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B. J., Melchior, M., Goldberg, D., y Poulton, R. (2007). Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. Psychological Medicine, 37(3), 441–452. https://doi.org/10.1017/s0033291706009640.

Moltrasio, J., Aguilar, V., & Rubinstein, W. (2021). Alteraciones y sesgos de memoria en el trastorno por estrés postraumático y estrés traumático secundario: Una revisión sistemática. Revista Argentina de Neuropsicología. https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/157476.

Mora-Montes, J. M. (2020). Una mejor comprensión de la sexualidad humana a través del estudio de la asexualidad. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 40(137), 117–134.

Morin C, Leblanc M, Daley M, Gregoire JP, Mérette C. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. Sleep Med 2006; 7:123-30. 11.

MSD Manual Professional. (2024). Disfunción sexual masculina. MSD Manuals.

MSD Manual Professional. (2024). Generalidades sobre la función y la disfunción sexual masculina.

Muñoz, J., y Alpízar, D. (2016). PREVALENCIA Y COMORBILIDAD DEL TRASTORNO. Revista Cúpula. Recuperado el 9 de abril de 2021 de https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v30n1/art04.pdf .

Murcia Liarte, J. B., Ortega Fernández, J. A., Bello Pombo, I., Lorente Murcia, Á., Blaya Sánchez, Y., Ortuño Campillo, T., Bravo Gómez, S., Raposo Hernández, M. R., Martínez Pérez, I., & Sánchez Muñoz, M. (2016). Déficits neuropsicológicos en la esquizofrenia: Revisión sistemática. En Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis. https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/deficits-neuropsicologicos-en-la-esquizofrenia-revision-sistematica.

Naismith SL, Hickie IB, Turner K., Little CL, Winter V., Ward BP, Wilhelm K., Mitchell P., Parker G. (2003). El rendimiento neuropsicológico en pacientes con depresión se asocia con

factores de riesgo clínicos, etiológicos y genéticos. J. Clin. Exp. Neuropsychol. 25, 866–877 https://doi.org/10.1076/jcen.25.6.866.16472.

National Health Service. (2022). Post-traumatic stress disorder (PTSD): Causes. NHS. https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/causes/.

National Institute of Mental Health. (2022). Trastorno de ansiedad social: más allá de la simple timidez. National Institutes of Health. https://www.nimh.nih.gov/espanol.

National Institute of Mental Health. (2022). Trastorno de pánico: Cuando el miedo agobia. National Institutes of Health. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-panico-cuando-el-miedo-agobia.

National Institute of Mental Health. (2023). Post-traumatic stress disorder. https://www.nimh.nih.gov.

National Institute of Mental Health. (2024, septiembre). La esquizofrenia. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). (2025). Demencia con cuerpos de Lewy. Recuperado de https://www.ninds.nih.gov/es/health-information/disorders/demencia-con-cuerpos-de-lewy#toc--cu-les-son-las-causas-y-los-factores-de-riesgo-de-la-dcl-.

New York State Office of Mental Health. (2018). Trastorno bipolar [Folleto informativo].

Newby JM, Hobbs MJ, Mahoney AEJ, Wong SK, Andrews G. Trastorno de ansiedad por enfermedad y trastorno de síntomas somáticos según el DSM-5: Comorbilidad, correlaciones y solapamiento con la hipocondría según el DSM-IV. J Psychosom Res. Octubre de 2017; 101:31-37.

Noyes R, Crowe RR, Harris EL, Hamra BJ, McChesney CM, Chaudhry DR. Relación entre el trastorno de pánico y la agorafobia. Un estudio familiar. Psiquiatría Arch Gen. Marzo de 1986; 43 (3): 227-32.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2010). Trastornos afectivos. https://asdahna.org/wp-content/uploads/2019/05/Trastornos-Afectivos.pdf.

O'Donnell ML, Alkemade N, Creamer M, et al. A Longitudinal Study of Adjustment Disorder After Trauma Exposure. Am J Psychiatry 2016;173(12):1231–8. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16010071.

Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York. (2018). Trastorno bipolar. https://omh.ny.gov/omhweb/resources/publications/docs/bipolar-spanish.pdf.

Ohayon M. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. Sleep Med Rev 2002; 6(2):97-111.Principio del formulario.

Ojeda, N., Peña, J., Bengoetxea, E., García, A., Sánchez, P., Segarra, R., Ezcurra, J., Gutiérrez-Fraile, M., & Eguíluz, J. I. (2012). Evidencias de eficacia de la rehabilitación cognitiva en psicosis y esquizofrenia con el programa REHACOP. Revista de Neurología, 54(10), 577–586. https://www.neurologia.com/articulo/2011515.

Okura, T., Plassman, BL, Steffens, DC, Llewellyn, DJ, Potter, GG y Langa, KM (2010). Prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos y su asociación con limitaciones funcionales en adultos mayores en Estados Unidos: Estudio sobre envejecimiento, demografía y memoria. Revista de la Sociedad Americana de Geriatría, 58 (2), 330-337. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02680.x.

OMS (2025) https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder.

Ophuis RH, Olij BF, Polinder S, Haagsma JA. Prevalencia del trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo y depresión tras lesiones relacionadas con violencia tratadas en urgencias: una revisión sistemática. BMC Psychiatry. 25 de septiembre de 2018; 18 (1):311.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2025). Demencia. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia.

Organización Mundial de la Salud. (2024, 27 de mayo). Trastorno de estrés postraumático. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder.

Organización Mundial de la Salud. (2025). Trastorno bipolar. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder.

Oscar Castillero Mimenza. (2017, septiembre 21). Trastorno esquizofreniforme: síntomas, causas y tratamiento. Portal Psicología y Mente. https://psicologiaymente.com/clinica/trastorno-esquizofreniforme.

Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictores del trastorno de estrés postraumático y sus síntomas en adultos: un metaanálisis. Psychol Bull. Enero de 2003; 129 (1):52-73.

Paelecke-Habermann, Y., Pohl, J. y Leplow, B. (2005). Attention and executive functions in remitted major depression patients. Journal of Affective Disorders, 89(1), pp. 125-135. https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.09.006.

Parra O, Arboix A, Bechich S, García-Eroles L, Montserrat JM, López JA et al. Time course of sleep-related breathing disorders in first-

ever stroke or transient ischemic attack. Am J Respir Crit Care Med 2000; 161: 375-380.

Pedersen, T. (2022, diciembre 9). What is brief psychotic disorder? Healthline. https://www.healthline.com/health/brief-psychotic-disorder.

Peppard PE, Young T, Barnet JH, Palta M, Hagen EW, Hla KM. Aumento de la prevalencia de trastornos respiratorios del sueño en adultos. Am J Epidemiol. 1 de mayo de 2013; 177 (9):1006-14.

Pérez, C., & Vásquez, C. (2012). Contribución de la neuropsicología al diagnóstico de enfermedades neuropsiquiátricas. Revista Médica Clínica Las Condes, 23(5), 553–560.

Pérez, D. L., Nicholson, T. R., & LaFrance, W. C. (2021). Neuropsychiatric and neurocognitive mechanisms of functional neurological disorder. JAMA Neurology, 78(6), 741–750. https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2021.0606.

Pfuhlmann B, Stöber G, Franzek E, Beckmann H. Las psicosis cicloides predominan en los trastornos psiquiátricos posparto graves. J Affect Disord. Septiembre de 1998; 50 (2-3):125-34.

Pick, S., Goldstein, L. H., Perez, D. L., & Nicholson, T. R. (2019). Emotional processing in functional neurological disorder: A review, biopsychosocial model and research agenda. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 90(6), 704–711. https://doi.org/10.1136/jnnp-2018-319201.

Premenstrual dysphoric disorder and associated factors among female health science students in Wollo University, Ethiopia, 2017/18. Tsegaye D, Getachew Y. Matern Health Neonatol Perinatol. 2019;5:8. https://doi.org/10.1186/s40748-019-0102-z. [Google Scholar].

Premenstrual dysphoric disorder: prevalence, quality of life and disability due to illness among medical and paramedical students. Thakrar P, Bhukar K, Oswal R. J Affect Disord Rep. 2021;4:1001–1012.

Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorders among Jordanian women. Albsoul-Younes A, Alefishat E, Farha RA, Tashman L, Hijjih E, AlKhatib R. Perspect Psychiatr Care. 2018;54:348–353. https://doi.org/10.1111/ppc.12252. [Google Scholar].

Preti A, Piras M, Cossu G, Pintus E, Pintus M, Kalcev G, Cabras F, Moro MF, Romano F, Balestrieri M, Caraci F, Dell'Osso L, Sciascio GD, Drago F, Hardoy MC, Roncone R, Faravelli C, Musu M, Finco G, Nardi AE, Carta MG. La carga de la agorafobia en el empeoramiento de la calidad de vida en una encuesta comunitaria en Italia. Investigación en psiquiatría. 2021 abril; 18 (4): 277-283.

Prevalence and factors associated with premenstrual dysphoric disorder: a community sample of young adult women. de Carvalho AB, Cardoso TA, Mondin TC, da Silva RA, Souza LD, Magalhães PV, Jansen K. Psychiatry Res. 2018;268:42–45.

https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.005. [Google Scholar].

Prins ND, Scheltens P. Hiperintensidades de la sustancia blanca, deterioro cognitivo y demencia: una actualización. Nat Rev Neurol. 2015;11(3):157–165.

Pucci E. (2004). Malattia di Alzheimer: Manuale per gli operatori, vol. 54. Milán: FrancoAngeli.

Punnoose AR, Golub RM, Burke AE. Insomnio. JAMA. 2012;307(24):2653. https://doi.org/10.1001/jama.2012.6219 https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1199155?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc#google_vignette.

Rahman A, Jackson H, Hristov H, Isaacson RS, Saif N, Shetty T, et al. Modificadores del Alzheimer basados en el sexo y el género: El papel del control estrogénico en función de la edad, la raza, los riesgos médicos y el estilo de vida. Front Aging Neurosci. 15 de noviembre de 2019;11:315.

Ramalho J, Castillo M. Dementia resulting from traumatic brain injury. Dement Neuropsychol. 2015 Oct-Dec;9(4):356-368. https://doi.org/10.1590/1980-57642015DN94000356. PMID: 29213985; PMCID: PMC5619318.

Reischies FM, Neu P. (2000). Comorbilidad del trastorno cognitivo leve y la depresión: un análisis neuropsicológico. Eur. Arch. Psychiatry

Clin. Neurosci. 250, 186–193 https://doi.org/10.1007/s004060070023.

Remmerswaal KCP, Ten Have M, de Graaf R, van Balkom AJLM, Penninx BWJH, Batelaan NM. Factores de riesgo de la evolución crónica de los trastornos de ansiedad y depresión: un estudio longitudinal de 3 años en la población general. Soc Psiquiatría Psiquiatría Epidemiol. Septiembre de 2024; 59 (9): 1607-1615.

Restrepo-Arango, M., Sánchez-Díaz, E., Vélez-Peláez, MC, Marín-Cárdenas, JS, Martínez-Sánchez, LM y Gallego-González, D. (2017). Trastorno depresivo mayor: una mirada genética. Diversitas: Perspectivas en Psicología, 13 (2), 279-294. https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0002.11.

Revadigar, N., & Gupta, V. (2022). Substance-induced mood disorders. En StatPearls. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555887/.

Revilla, N. (2021). Influencia de los factores de riesgo cardiovascular en la Enfermedad de Alzheimer preclínica. Universidad del País Vasco. Obtenido de https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/54796/TESIS_REVILLA_GOMEZ_NURIA.p df?sequence=1&isAllowed=y.

Ritchie K, Kildea D. ¿La demencia senil está relacionada con la edad o con el envejecimiento? Evidencia de un metaanálisis sobre la prevalencia de la demencia en los ancianos. The Lancet. 7 de octubre de 1995; 346:931-4.

Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. Deterioro cognitivo en la depresión: una revisión sistemática y metanálisis. Psychol Med. 2014;44(10):2029–40. https://doi.org/10.1017/S0033291713002535.

Rodríguez-Blanco, L., Lubrini, G., Vidal-Mariño, C., & Ríos-Lago, M. (2017). Efficacy of cognitive rehabilitation of attention, executive functions and working memory in psychotic disorders: A systematic review. Actas Españolas de Psiquiatría, 45(4), 167-178.

Roest AM, de Vries YA, Lim CCW, Wittchen HU, Stein DJ, Adamowski T, Al-Hamzawi A, Bromet EJ, Viana MC, de Girolamo G, Demyttenaere K, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Hu C, Karam EG, Caldas-de-Almeida JM, Kawakami N, Lépine JP, Levinson D, Medina-Mora ME, Navarro-Mateu F, O'Neill S, Piazza M, Posada-Villa JA, Slade T, Torres Y, Kessler RC, Scott KM, de Jonge P., Colaboradores de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS. Una comparación de la agorafobia del DSM-5 y del DSM-IV en las Encuestas Mundiales de Salud Mental. Deprimir la ansiedad. junio de 2019; 36 (6): 499-510.

Roomruangwong C, Simeonova DS, Stoyanov DS, Anderson G, Carvalho A, Maes M. Factores ambientales comunes podrían contribuir a la comorbilidad entre el trastorno de ansiedad generalizada y los trastornos del estado de ánimo mediante la activación de las vías nitrooxidativas. Curr Top Med Chem. 2018; 18 (19):1621-1640.

Rushing SE, Jean-Baptiste M. Dos casos de trastorno psicótico breve relacionados con la cobertura mediática de los sucesos del 11 de septiembre de 2001. J Psychiatr Pract. Enero de 2003; 9 (1):87-90.

Salloum IM, Thase ME. Impacto del abuso de sustancias en la evolución y el tratamiento del trastorno bipolar. Bipolar Disord 2000;2:269-80.

Sánchez Bravo, C., Carreño Meléndez, J., Henales Almaraz, C., Hernández Espíndola, J. G., & Linares García, A. C. (2008). Las distintas disfunciones sexuales masculinas y su relación con la ansiedad y la depresión. Perinatología y Reproducción Humana.

Sánchez Bravo, C., Corres Ayala, N. P., Blum Grynberg, B., & Carreño Meléndez, J. (2009). Perfil de la relación de factores psicológicos del deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. Salud Mental, 32(1), 43–51.

Sanguino Landa, Beatriz. Estudio del deterioro cognitivo tras trastorno de estrés post-traumático (TEPT). Trabajo Fin de Grado/Máster. Universidad de Alcalá, 2025. http://hdl.handle.net/10017/65822.

Sanz Blasco, R., Miguel-Tobal, J. J., & Casado Morales, M. I. (2011). Sesgos de memoria en los trastornos de ansiedad. Clínica y Salud, 22(2), 187–197. https://doi.org/10.5093/cl2011v22n2a7.

Sareen J. Trastorno de estrés postraumático en adultos: impacto, comorbilidad, factores de riesgo y tratamiento. Can J Psychiatry. Septiembre de 2014; 59 (9):460-7.

Scarella TM, Boland RJ, Barsky AJ. Trastorno de ansiedad por enfermedad: Psicopatología, epidemiología, características clínicas y tratamiento. Psychosom Med. Junio de 2019; 81 (5):398-407.

Scott J, Etain B, Miklowitz D et al. Revisión sistemática y metaanálisis de las alteraciones del sueño y los ritmos circadianos en personas con alto riesgo de desarrollar trastornos bipolares o con inicio temprano de estos. Neurosci Biobehav Rev 2022;135:104585.

Segala, A.; Kesslerb, Y. & Anholta, G.E. (2015). Updating the emotional content of working memory in social anxiety. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 48, 110-7. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.02.012.

Sierra, J. C., Zubeidat, I., & Fernández-Parra, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. Mal-Estar e Subjetividade, 6(2), 472–517.

Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual. Braverman PK. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2007;20:3–12. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2006.10.007.

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. (2018). Guía de abordaje de la depresión. https://semergen.es/files/docs/biblioteca/guias/abordaje_depresion.pdf.

Sociedad Española de Sueño. (2016). Guía de insomnio: pautas de actuación y seguimiento. https://ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf.

Sood, A., y Raji, M. A. (2021). Cognitive impairment in elderly patients with rheumatic disease and the effect of disease-modifying anti-rheumatic drugs. Clinical Rheumatology, 4014). 1221-1231.https://doc.org/101007/310067-020-053721.

Stahl, S. M. (2021). Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications (5th ed.). Cambridge University Press.

Starling, J., & Feijó, M. (2018). Esquizofrenia en niños y adolescentes. En Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. https://www.iacapap.org/_Resources/Persistent/3a193e33111af06ea4574e77f77bf08295f7db8b/H.5-SCHIZOPHRENIA-Spanish-2018.pdf.

Stone, J., Carson, A., & Sharpe, M. (2010). Functional symptoms and signs in neurology: Assessment and diagnosis. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 81(1), 2–12. https://doi.org/10.1136/jnnp.2008.153395.

Strakowski SM, DelBello MP, Fleck DE et al. El impacto del abuso de sustancias en la evolución del trastorno bipolar. Biol Psychiatry 2000;48:477-85.

Studentkowski, G., et al. (2010). Cognitive impairment in patients with a schizoaffective disorder: A comparison with bipolar patients in euthymia. European Journal of Medical Research, 15(2), 70–78.

Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 2000 Oct;157(10):1552-62.

Téllez, U., Paniagua, M., Reyes, A., Silva, M., & Díaz, O. (2021). Revisión bibliográfica de los avances más recientesen la comprensión etiológica de la enfermedad deAlzheimer. Lux Médica- Universidad Autónoma de Aguascalientes, Méxic, 16(48).

Tello-Rodríguez, Tania, Alarcón, Renato D y Vizcarra-Escobar, DarwinSalud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [online]. 2016, v. 33, n. 2 [Accedido 5 Febrero 2026], pp. 342-350. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>. ISSN 1726-4642. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211.

The Recovery Village Drug and Alcohol Rehab. (2021, 19 de abril). Schizoaffective Disorder Statistics | Risk factors and treatments.

Tobar, R. A. T. (2012). Terapia cognitiva para fobia social: consideraciones desde el modelo cognitivo de Beck. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 8(2), 118–125.

Tomaiuolo F, Bivona U, Lerch JP, Di Paola M, Carlesimo GA, Ciurli P, et al. Memoria y cambios anatómicos en traumatismo craneoencefálico grave no provocado por proyectiles: seguimiento de ~1 vs. ~8 años. Brain Res Bull. 10 de marzo de 2012;87:373-82.

Toribio Guzmán, J. M. (2010). Alteraciones de la función ejecutiva en la esquizofrenia [Tesis doctoral, Universidad de Salamanca]. Repositorio Gredos. https://gredos.usal.es/handle/10366/83454.

Torrecilla, M. (2024, 21 de febrero). Demencia y relaciones afectivas. Recuperado de https://blogcrea.imserso.es/-/demencia-y-relaciones-afectivas.

Uribe Restrepo, J. M., Gutiérrez, J. C., & colaboradores. (2015). Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Editorial Médica Panamericana. https://www.berri.es/pdf/PSIQUIATR%C3%8DA%20CL%C3%8DNICA%E2%80%9A%20Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20en%20ni%C3%B1os%E2%80%9A%20adolescentes%20y%20adultos/9789588443768.

Veiga Fernández, F., & Cruz Jentoft, A. J. (2008). Etiología y fisiopatología del delirium. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 43(Supl. 3), 4–12.

Velásquez, L. (2016). Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: Artículo de revisión. Medicina UPB, 35(2), 100–110. https://doi.org/10.18566/medupb.v35n2.a04.

Vidal Fernández, J., Ramos-Cejudo, J., & Cano-Vindel, A. (2008). Perspectivas cognitivas en el tratamiento de la fobia social. Ansiedad y Estrés, 14(2–3), 281–296.

Vroege, L., Woudstra-de Long, L. E., Videler, A. C., & Kop, W. J. (2022). Factores de personalidad y funcionamiento cognitivo en pacientes con síntomas somáticos y trastornos relacionados. Journal of Psychosomatic Research, 163, 111067. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111067.

Vythilingam M., Vermetten E., Anderson GM, Luckenbaugh D., Anderson ER, Snow J., Staib LH, Charney DS, Bremmer D. (2004). Volumen hipocampal, memoria y nivel de cortisol en el trastorno depresivo mayor: efectos del tratamiento. Biol. Psychiatry 56, 101–112 https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.04.002.

Walss-Bass C. Factores genéticos en la etiología del trastorno bipolar. https://mdanderson.elsevierpure.com.

Wang C.G., Qin Y.F., Wan X., Song L.C., Li Z.J., Li H. Incidence and risk factors of postoperative delirium in the elderly patients with hip fracture. J. Orthop. Surg. Res. 2018;13:186. https://doi.org/10.1186/s13018-018-0897-8.

Wardle-Pinkston, S., Slavish, D. C., & Taylor, D. J. (2019). Insomnia and cognitive performance: A systematic review and meta-analysis. Sleep Medicine Reviews, 48, 101205. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.101205.

Weuve J, Barnes LL, Mendes de Leon CF, Rajan KB, Beck T, Aggarwal NT, et al. Envejecimiento cognitivo en estadounidenses de raza negra y blanca: Cognición, deterioro cognitivo e incidencia de la demencia asociada a la enfermedad de Alzheimer. Epidemiología. Enero de 2018;29:151-9.

Wittchen HU, Gloster AT, Beesdo-Baum K, Fava GA, Craske MG. Agorafobia: una revisión de la posición y los criterios de clasificación diagnóstica. Depresión y Ansiedad. febrero de 2010; 27 (2):113-33.

Wolters, C., Gerlach, A. L., & Pohl, A. (2022). Interoceptive accuracy and bias in somatic symptom disorder, illness anxiety disorder, and functional syndromes: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE, 17(8), e0271717. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271717.

Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. J Affect Disord. 2017;219:86–92.

World Health Organization. (2024). Post-traumatic stress disorder. https://www.who.int.

Wortmann M. Demencia: una prioridad sanitaria mundial: aspectos destacados de un informe de ADI y la Organización Mundial de la Salud. Alzheimers Res Ther. 21 de septiembre de 2012; 4:40.

Wy, T. J. P., & Saadabadi, A. (2023, March 27). Schizoaffective disorder. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541012/.

Yates WR. Fenomenología y epidemiología del trastorno de pánico. Anales de Psiquiatría Clínica. 2009;21(2):95-102. https://doi.org/10.1177/104012370902100206.

Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. La incidencia de trastornos respiratorios del sueño en adultos de mediana edad. N Engl J Med. 29 de abril de 1993; 328 (17):1230-5.

Zhang MY, Katzman R, Salmon D, Jin H, Cai GJ, Wang ZY, et al. Prevalencia de la demencia y la enfermedad de Alzheimer en Shanghái, China: impacto de la edad, el género y la educación. Ann Neurol. Abril de 1990;27:428-37.

Psicopatología del adulto y adulto mayor: enfoque clínico para la evaluación y el diagnóstico, se publicó en el mes de noviembre de 2026.

ISBN: 978-9907-852-12-7

Grupo Editorial BLR
Ecuador
Cel: +593 98 320 4362
https://grupoblr.com/
publicaciones@grupoblr.com

BIOGRAFÍA DE AUTORES

Yadira Liliana Sánchez Padilla:
Psicóloga Clínica por la UTMACH, con Magíster en Psicoterapia Integrativa (U. Azuay), en Investigación en Psicología (UNIR, España) y máster en Intervención Psicológica en Niños y Adolescentes. Docente titular en UTMACH. Investigadora en salud mental, trauma, adolescencia y prevención del suicidio.

Kristhel Deleth Curillo Cagua:
Cursa el octavo semestre de la carrera de Psicología Clínica. Su formación académica y experiencia práctica han fortalecido su compromiso con la comprensión de la conducta humana. Aspira a especializarse en trastornos del neurodesarrollo y contribuir al bienestar psicológico desde una perspectiva clínica, empática e integral.

Yuneisy Gively Suárez Ordóñez:
Estudiante de octavo semestre de Psicología Clínica en la Universidad Técnica de Machala. Sus intereses se orientan al área infantojuvenil y la neuropsicología, especialmente a los trastornos del neurodesarrollo.
Cuenta con experiencia en investigación y atención psicológica, particularmente en casos relacionados con TDAH, desarrollada durante su formación académica.

Mauricio Rodrigo Placencio Loayza:
Psicólogo clínico, docente universitario, con más de diez años de experiencia en salud mental, psicología jurídica y forense. Perito acreditado por el Consejo de la Judicatura del Ecuador, magíster en Intervención Psicojurídica y Forense, con trayectoria en docencia, expositor en eventos nacionales e internacionales.

PSICOPATOLOGÍA DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR: ENFOQUE CLÍNICO PARA LA EVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO

Estimado lector, en el contexto contemporáneo de la salud mental, la psicopatología se consolida como un campo esencial para la comprensión científica y clínica de los trastornos mentales, particularmente en poblaciones adultas y adultas mayores. El incremento sostenido de la esperanza de vida, junto con la transición epidemiológica global, ha dado lugar a una mayor prevalencia de trastornos neurocognitivos y condiciones asociadas al deterioro funcional, posicionando estos cuadros como un desafío prioritario para los sistemas de salud y para la formación de profesionales clínicos.

En este escenario, la formación en psicopatología exige no solo el dominio de criterios diagnósticos, sino también el desarrollo de habilidades de razonamiento clínico, análisis diferencial y comprensión integral del paciente desde una perspectiva biopsicosocial. Sin embargo, muchos textos disponibles presentan información fragmentada, excesivamente teórica o poco articulada con la práctica clínica, lo que dificulta su aplicación en contextos reales de evaluación e intervención.

El presente libro surge como respuesta a esta necesidad formativa. Su propósito es ofrecer un recurso académico que integre rigurosidad conceptual, claridad expositiva y aplicabilidad clínica, orientado a estudiantes de psicología y ciencias de la salud. A través de una organización sistemática y un enfoque didáctico centrado en el aprendizaje activo, esta obra busca facilitar la comprensión de los principales trastornos psicopatológicos del adulto y adulto mayor, promoviendo una formación sólida, crítica y contextualizada.

.

GRUPO BLR

Grupo Editorial BLR
Ecuador
Cel: +593 98 320 4362
https://grupoblr.com/
publicaciones@grupoblr.com

ISBN: 978-9907-852-12-7

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA 1969