

# Trastornos de ansiedad

En esta sección se describen los siguientes trastornos de ansiedad: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado. En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, de ahí que los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades se expongan por separado al principio de esta sección.

La **crisis de angustia** (*panic attack*) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

La **agorafobia** se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

El **trastorno de angustia sin agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. El **trastorno de angustia con agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

La **agorafobia sin historia de trastorno de angustia** se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

La **fobia específica** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

La **fobia social** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

El **trastorno obsesivo-compulsivo** se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

El **trastorno por estrés postraumático** se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (*arousal*) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

El **trastorno por estrés agudo** se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

El **trastorno de ansiedad generalizada** se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

El **trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

El **trastorno de ansiedad inducido por sustancias** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

El **trastorno de ansiedad no especificado** se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).

Debido a que el trastorno por ansiedad de separación (que se caracteriza por la aparición de ansiedad coincidiendo con la separación de las figuras paternas) suele aparecer en la infancia, se incluye en la sección «Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia» (v. pág. 116). La evitación fóbica que se limita exclusivamente al contacto sexual genital con parejas sexuales se denomina trastorno por aversión al sexo y se encuentra recogido en la sección «Trastornos sexuales y de la identidad sexual» (v. pág. 505).

## Crisis de angustia (*panic attack*)

### *Características diagnósticas*

Dado que las crisis de angustia suelen aparecer en el contexto de diversos trastornos de ansiedad, su descripción y sus criterios diagnósticos vienen expuestos por separado en esta sección. La característica principal de una crisis de angustia es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente en 10 min o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar. Los 13 síntomas somáticos o cognoscitivos vienen constituidos por palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo (aturdimiento), desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o «volverse loco», miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones. Las crisis que reúnen los restantes criterios, pero presentan menos de 4 de estos síntomas, se denominan crisis sintomáticas limitadas.

Los individuos que solicitan ayuda terapéutica por estas crisis de angustia inesperadas acostumbran a describir el miedo como intenso, y relatan cómo en aquel momento creían estar a punto de morir, perder el control, tener un infarto o un accidente vascular cerebral o «volverse locos». Describen asimismo un urgente deseo de huir del lugar donde ha aparecido la crisis. Al ir repitiéndose, estas crisis pueden presentar un menor componente de miedo. La falta de aire constituye un síntoma frecuente en las crisis de angustia asociadas al trastorno de angustia con y sin agorafobia. Por su parte, la ruborización es frecuente en las crisis de angustia de tipo situacional desencadenadas por la ansiedad que aparece en situaciones sociales o actuaciones en público. La ansiedad característica de las crisis de angustia puede diferenciarse de la ansiedad generalizada por su naturaleza intermitente, prácticamente paroxística, y su característica gran intensidad.

Las crisis de angustia pueden aparecer en una amplia gama de trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de angustia, fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático, trastorno por es-

trés agudo). Al determinar la importancia de la crisis de angustia en el diagnóstico diferencial de todos estos trastornos, es necesario considerar el contexto en que ésta aparece. Existen tres tipos característicos de crisis de angustia, que se diferencian por el modo de inicio y la presencia o ausencia de desencadenantes ambientales: **crisis de angustia inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales)**, en las que el inicio de la crisis de angustia no se asocia a desencadenantes ambientales (es decir, aparecen sin ningún motivo aparente); **crisis de angustia situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales)**, donde la crisis de angustia aparece de forma casi exclusiva inmediatamente después de la exposición o anticipación de un estímulo o desencadenante ambiental (p. ej., ver una serpiente o un perro desencadena automáticamente una crisis de angustia), y **crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada**, las cuales tienen simplemente más probabilidades de aparecer al exponerse el individuo a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe esta asociación con el estímulo ni tampoco siempre el episodio aparece inmediatamente después de exponerse a la situación (p. ej., las crisis tienen más probabilidades de aparecer al conducir, pero a veces el individuo puede llevar su coche sin sufrir ninguna crisis de angustia, o bien padecerla a la media hora de estar conduciendo).

El diagnóstico de trastorno de angustia (con o sin agorafobia) requiere la presencia de crisis de angustia inesperadas. Las crisis de angustia situacionales son más características de las fobias sociales y específicas. Las crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada son especialmente frecuentes en el trastorno de angustia, aunque también pueden aparecer en la fobia específica o en la fobia social. El diagnóstico diferencial de las crisis de angustia resulta difícil si se tiene en cuenta que no siempre existe una relación exclusiva entre el diagnóstico y el tipo de crisis de angustia. Por ejemplo, aunque el trastorno de angustia, por su propia definición, requiere que al menos algunas de estas crisis de angustia sean descritas como inesperadas, los individuos con este trastorno declaran frecuentemente haber sufrido crisis de angustia situacionales, sobre todo a medida que avanza el curso de la enfermedad. Las cuestiones relacionadas con el diagnóstico de las crisis de angustia situacionales se discuten en los respectivos apartados «Diagnóstico diferencial» de los textos correspondientes a los trastornos en los que las crisis de angustia pueden aparecer.

### ■ Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (*panic attack*)

**Nota:** No se registran las crisis de angustia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la crisis de angustia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] [pág. 411]).

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

- (1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- (2) sudoración
- (3) temblores o sacudidas
- (4) sensación de ahogo o falta de aliento
- (5) sensación de atragantarse
- (6) opresión o malestar torácico
- (7) náuseas o molestias abdominales
- (8) inestabilidad, mareo o desmayo

(continúa)

**Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (*panic attack*)**  
(continuación)

- (9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- (10) miedo a perder el control o volverse loco
- (11) miedo a morir
- (12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- (13) escalofríos o sofocaciones

## Agorafobia

### *Características diagnósticas*

Dado que la agorafobia suele aparecer en el contexto del trastorno de angustia con agorafobia y en la agorafobia sin historia de trastorno de angustia, su descripción y sus criterios diagnósticos se exponen por separado en este apartado. La característica esencial de la agorafobia es la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia (v. pág. 402) o síntomas similares a la angustia (p. ej., miedo a padecer despeños diarreicos o crisis bruscas de inestabilidad), puede no disponerse de ayuda (Criterio A). Esta ansiedad suele conducir de forma típica a comportamientos permanentes de evitación de múltiples situaciones, entre los que cabe citar el estar solo dentro o fuera de casa; mezclarse con la gente; viajar en automóvil, autobús, o avión; o encontrarse en un puente o en un ascensor. Algunos individuos son capaces de exponerse a las situaciones temidas, si bien esta experiencia les produce un considerable terror. A menudo, a estos individuos les resulta más fácil encararse a las situaciones temidas si se hallan en compañía de un conocido (Criterio B). El comportamiento de evitación de estas situaciones puede conducir a un deterioro de la capacidad para efectuar viajes de trabajo o para llevar a cabo las responsabilidades domésticas (p. ej., ir al supermercado, llevar los niños al médico). Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio C). El diagnóstico diferencial entre la agorafobia y la fobia social o específica y el trastorno de ansiedad por separación grave puede ser difícil, ya que todas estas entidades se caracterizan por comportamientos de evitación de situaciones específicas. Las cuestiones relativas al diagnóstico de los casos situacionales se hallan recogidas en los respectivos apartados de «Diagnóstico diferencial» de los textos correspondientes a los trastornos donde los comportamientos de evitación constituyen un síntoma esencial o asociado.

**■ Criterios para el diagnóstico de agorafobia**

**Nota:** No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] [pág. 411] o F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22] [pág. 414]).

*(continúa)*

**Criterios para el diagnóstico de agorafobia** (*continuación*)

- A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

**Nota:** Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

- B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.
- C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

## Trastorno de angustia (*panic disorder*)

### Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de angustia es la presencia de crisis de angustia (v. pág. 402) recidivantes e inesperadas, seguidas de la aparición, durante un período como mínimo de 1 mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis (Criterio A). Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., intoxicación por cafeína) o de una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) (Criterio C). Por último, las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., fobia social o específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno de ansiedad por separación) (Criterio D). Dependiendo de si se reúnen o no los criterios de la agorafobia (v. pág. 404), el diagnóstico será F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] o F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia [300.01] (Criterio B).

Una crisis de angustia inesperada (espontánea, no precipitada por desencadenantes ambientales) se caracteriza, como es lógico, por su no asociación a desencadenantes ambientales (es decir,

aparece sin ningún motivo identificable). Para efectuar el diagnóstico de trastorno de angustia se requiere haber presentado por lo menos dos crisis de angustia inesperadas, si bien la mayoría de los individuos refieren haber padecido un número considerablemente mayor. Estos individuos suelen presentar asimismo crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada (es decir, crisis de angustia que tienen más probabilidades de aparecer en unas situaciones concretas, aunque no se asocien a ellas de forma invariable). Las crisis de angustia situacionales (es decir, las que se asocian casi invariable e inmediatamente con la exposición a un desencadenante ambiental) también pueden aparecer, aunque son menos frecuentes.

La frecuencia y gravedad de las crisis de angustia varían ampliamente. Por ejemplo, algunos individuos las presentan con una periodicidad moderada (p. ej., una vez a la semana), pero regular desde unos meses antes hasta el momento actual. Otros describen breves salvas de crisis más frecuentes (p. ej., cada día durante 1 semana), separadas por semanas o meses sin padecer una sola crisis de angustia, o bien presentándolas con una frecuencia considerablemente menor (p. ej., dos cada mes) durante un período de varios años. Las crisis con síntomas limitados (es decir, crisis idénticas a las crisis de angustia completas, excepto por el hecho de que el miedo o la ansiedad súbitas se acompañan de menos de 4 de los 13 síntomas adicionales) son muy frecuentes en el trastorno de angustia. Aunque la distinción entre las crisis de angustia completas y las crisis con síntomas limitados no deja de ser algo arbitraria, las primeras se asocian a una mayor tasa de morbilidad. La mayoría de los individuos que presentan crisis con síntomas limitados sufren crisis de angustia completas en algún momento del curso del trastorno.

Los individuos con crisis de angustia se preocupan de una manera característica en relación con las implicaciones o consecuencias que aquéllas pueden tener en su vida. Algunos temen que las crisis de angustia anuncien la aparición de una enfermedad no diagnosticada que puede poner en peligro su vida (p. ej., enfermedad coronaria, trastorno comicial), a pesar de controles médicos repetidos que descartan esta posibilidad. Otros creen que las crisis de angustia indican que se están «volviendo locos», están perdiendo el control o ponen en evidencia su debilidad emocional. Algunos individuos con crisis de angustia recidivantes experimentan un cambio comportamental significativo (p. ej., abandonan su puesto de trabajo), pero niegan tener miedo a nuevas crisis de angustia o estar preocupados por sus posibles consecuencias. La preocupación por la posible aparición de nuevas crisis de angustia o sus posibles consecuencias suele asociarse al desarrollo de comportamientos de evitación que pueden reunir los criterios de la agorafobia (v. pág. 404), en cuyo caso debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia.

### *Síntomas y trastornos asociados*

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** Paralelamente a las preocupaciones sobre las crisis de angustia y sus posibles consecuencias, muchos individuos con trastorno de angustia también confiesan tener sensaciones constantes o intermitentes de ansiedad que no se centran en una situación o acontecimiento específico. Otros se vuelven excesivamente aprensivos en relación al resultado de las actividades y experiencias diarias, particularmente en lo que hace referencia a la salud o a la separación de seres queridos. Por ejemplo, los individuos con trastorno de angustia acostumbran a anticipar un desenlace catastrófico como resultado de síntomas físicos o efectos farmacológicos secundarios cuya importancia real es de carácter leve (p. ej., creencia de que un dolor de cabeza indica la presencia de un tumor cerebral o una crisis hipertensiva). Asimismo, suelen mostrarse menos tolerantes con los efectos secundarios de los fármacos y suelen exigir controles clínicos continuos para seguir tomando una medicación. En los individuos que padecen un trastorno de angustia que no ha sido tratado o ha sido mal diagnosticado, la creencia de que en realidad padecen una enfermedad con peligro vital pue-

de causarles una ansiedad crónica y debilitante y conducirles a una visita excesiva a los centros asistenciales. Este patrón sintomático puede llevar a una desestructuración emocional y económica.

En algunos casos la pérdida o la afectación de algunas relaciones interpersonales importantes (p. ej., abandono del hogar en busca de independencia, divorcio) se relacionan con el inicio o la exacerbación de un trastorno de angustia. Una de las consecuencias frecuentes de este trastorno es la presencia de desmoralización, que lleva a muchos individuos a sentirse desmotivados, avergonzados e infelices por las dificultades que experimentan al llevar a cabo sus actividades diarias. Estos individuos suelen atribuir este fenómeno a una falta de «fuerza» o de «carácter». Esta desmoralización puede generalizarse a áreas que van más allá de los problemas específicos relacionados con la angustia. Estos individuos suelen faltar al trabajo o a la escuela por sus continuas visitas al médico o a los servicios de urgencia, lo que puede dar lugar a despidos o expulsiones de centros educativos.

Los individuos con trastorno de angustia muestran una notable incidencia (50-65 %) de trastorno depresivo mayor. En un tercio de las personas que presentan ambos trastornos el trastorno de angustia coincide con o precede a la aparición del trastorno depresivo mayor. Un subgrupo de casos trata su ansiedad con alcohol o fármacos, pudiendo llegar a desarrollar un trastorno relacionado con sustancias como consecuencia directa de este hecho. También es frecuente la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, hecho éste especialmente constatable en los centros asistenciales y en los individuos que presentan un tipo de agorafobia de carácter más intenso (diversos estudios revelan que entre un 15 y un 30 % de las personas con trastorno de angustia presenta fobia social; entre un 8 y un 10 %, trastorno obsesivo-compulsivo; entre un 10 y un 20 %, fobia específica, y un 25 %, trastorno de ansiedad generalizada). Este trastorno se ha asociado también al trastorno de ansiedad por separación típico de la infancia.

**Hallazgos de laboratorio.** No se han identificado hallazgos de laboratorio que permitan diagnosticar con seguridad un trastorno de angustia. Sin embargo, sí se han observado alteraciones analíticas en grupos de individuos con trastorno de angustia en comparación con grupos de control, entre las que destaca la alcalosis respiratoria compensada (es decir, disminución de los niveles de dióxido de carbono y bicarbonato, con un pH casi normal). Las crisis de angustia en respuesta a la perfusión de lactato sódico o dióxido de carbono son más frecuentes en el trastorno de angustia que en otros trastornos de ansiedad.

**Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas.** Durante las crisis de angustia cabe observar taquicardia transitoria y elevación moderada de la tensión arterial sistólica. Aunque algunos estudios han sugerido que tanto el prolapso de la válvula mitral como las enfermedades del tiroides presentan una mayor prevalencia entre los individuos con trastorno de angustia respecto a la población general, otros no han podido corroborarlo.

### *Síntomas dependientes de la cultura y el sexo*

En algunas culturas las crisis de angustia pueden caracterizarse por un intenso temor ante la brujería o la magia. El trastorno de angustia, tal como aquí viene definido, se ha observado en casi todo el mundo gracias a estudios epidemiológicos generales. Además, varias entidades recogidas en el «Glosario de síndromes dependientes de la cultura» (v. apéndice J) pueden estar relacionadas con el trastorno de angustia. Algunos grupos culturales o étnicos restringen la participación de la mujer en la vida pública, lo que debe diferenciarse de la agorafobia. El trastorno de angustia sin agorafobia se diagnostica dos veces más en mujeres que en varones, mientras que esta relación es 3 a 1 para el trastorno de angustia con agorafobia.

### ***Prevalencia***

Estudios epidemiológicos elaborados en todo el mundo indican de forma consistente que la prevalencia del trastorno de angustia (con o sin agorafobia) se sitúa entre el 1,5 y el 3,5 %. Las cifras de prevalencia anual oscilan entre el 1 y el 2 %. Entre un tercio y la mitad de los individuos diagnosticados de trastorno de angustia en la población general presentan también agorafobia, si bien esta última puede observarse todavía más frecuentemente en población clínica.

### ***Curso***

La edad de inicio del trastorno de angustia varía considerablemente, si bien lo más típico es que el inicio tenga lugar entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida, lo que podría indicar una distribución de tipo bimodal, con un pico de incidencia al final de la adolescencia y otro pico de menor entidad en la mitad de la cuarta década de la vida. Un número reducido de casos puede iniciarse en la segunda infancia, y el trastorno también puede aparecer, aunque es muy poco frecuente, en mayores de 45 años. Las descripciones retrospectivas que efectúan los individuos visitados en los centros asistenciales sugieren que el curso típico es de carácter crónico, con altas y bajas. Algunas personas presentan brotes episódicos separados por años de remisión, mientras que otras presentan permanentemente un cuadro sintomático intenso. Aunque la agorafobia puede aparecer en cualquier momento, suele hacerlo en el primer año de las crisis de angustia recidivantes. El curso de la agorafobia y su relación con el curso de las crisis de angustia con variables. En ocasiones una disminución o remisión de las crisis de angustia es seguida de cerca por una disminución correspondiente de la evitación y ansiedad agorafóbicas. Otras veces la agorafobia adquiere un carácter crónico independiente de la presencia o ausencia de crisis de angustia. Algunos individuos manifiestan que disminuyen la frecuencia de las crisis de angustia evitando exponerse a ciertas situaciones. Los estudios de seguimiento efectuados en personas tratadas en centros de asistencia terciaria (en los que puede haber un sesgo de selección de los casos con peor pronóstico) sugieren que, al cabo de 6-10 años de tratamiento, cerca del 30 % de los individuos se encuentra bien, entre el 40 y el 50 % han mejorado, pero siguen con algunos síntomas, y el 20-30 % restante sigue igual o incluso peor.

### ***Patrón familiar***

Los parientes de primer grado de los individuos con trastorno de angustia tienen entre cuatro y siete veces más probabilidades de presentar este trastorno. Sin embargo, en los centros asistenciales entre la mitad y las tres cuartas partes de los pacientes con trastorno de angustia no presentan el antecedente de un pariente de primer grado afectado. Los estudios con gemelos indican una influencia genética en la aparición del trastorno de angustia.

### ***Diagnóstico diferencial***

El diagnóstico de trastorno de angustia no debe efectuarse si las crisis de angustia se consideran secundarias a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, en cuyo caso el diagnóstico adecuado es **trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica** (v. pág. 448). Entre las enfermedades médicas que pueden producir crisis de angustia se encuentran el hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo, el feocromocitoma, los trastornos del sistema vestibular, los trastornos comiciales y las enfermedades cardíacas (p. ej., arritmias, taquicardia supraventricular). Las



pruebas de laboratorio (p. ej., niveles séricos de calcio en el hiperparatiroidismo) o las exploraciones físicas (p. ej., en las enfermedades cardíacas) pueden ser útiles para determinar el papel etiológico de la enfermedad médica. Tampoco debe diagnosticarse un trastorno de angustia si la crisis de angustia se consideran secundarias a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos), en cuyo caso el diagnóstico adecuado es **trastorno de ansiedad inducido por sustancias** (v. pág. 451). La intoxicación con estimulantes del sistema nervioso central (p. ej., cocaína, anfetaminas, caféina) o con *Cannabis*, y el abandono del consumo de depresores del sistema nervioso central (p. ej., alcohol, barbitúricos) pueden precipitar una crisis de angustia. Sin embargo, si estas crisis siguen apareciendo fuera del contexto del consumo de la sustancia (p. ej., mucho tiempo después de haber pasado los efectos de una intoxicación o de un síndrome de abstinencia), sí debe considerarse el diagnóstico de trastorno de angustia. Hechos como un inicio después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante la crisis de angustia (p. ej., vértigo, pérdida de conciencia, pérdida del control esfinteriano, dolores de cabeza, olvidos de palabras o amnesia) deben hacer sospechar que existe una enfermedad médica o consumo de sustancias.

El trastorno de angustia debe diferenciarse de otros trastornos mentales (p. ej., **otros trastornos de ansiedad** y **trastornos psicóticos**) que también pueden asociarse a crisis de angustia. El trastorno de angustia, por definición, se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas (espontáneas, no desencadenadas por estímulos ambientales y sin ningún motivo aparente que las justifique). Como ya se ha expuesto (v. pág. 402), existen tres tipos de crisis de angustia: inesperadas, situacionales y más o menos relacionadas con una situación determinada. La presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, independientemente del momento del curso en que aparezcan, es un requisito imprescindible para el diagnóstico de trastorno de angustia. En cambio, las crisis de angustia que tienen lugar en el contexto de otros trastornos de ansiedad son de carácter situacional, o más o menos relacionadas con una situación determinada (p. ej., en la **fobia social** están desencadenadas por acontecimientos sociales, en la **fobia específica** por un objeto o situación determinados, en el **trastorno obsesivo-compulsivo** por la exposición al motivo que centra las obsesiones [p. ej., exposición a la suciedad en un individuo obsesionado por la contaminación] y en el **trastorno por estrés postraumático** por estímulos que recuerdan el desencadenante).

El objeto en el que se centra la ansiedad también es útil para diferenciar el trastorno de angustia con agorafobia de otros trastornos caracterizados por comportamientos de evitación. La evitación agorafóbica se asocia al miedo de padecer una crisis de angustia, mientras que la evitación típica de otros trastornos se relaciona con situaciones específicas (p. ej., miedo a ser observado, humillado o a ruborizarse en la fobia social; miedo a las alturas, los ascensores o a cruzar puentes en la fobia específica; miedo a la separación en el **trastorno de ansiedad por separación**, y miedo a ser perseguido en el **trastorno delirante**).

El diagnóstico diferencial entre fobia específica de tipo situacional y trastorno de angustia con agorafobia puede ser particularmente difícil, ya que en ambos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y comportamientos de evitación de situaciones similares (p. ej., coches, aviones, transportes públicos, recintos cerrados). El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza prototípicamente por crisis de angustia de aparición inesperada que dan lugar a comportamientos de evitación de múltiples situaciones que se consideran posibles desencadenantes. Por su parte, el prototipo de fobia específica de tipo situacional se caracteriza por la evitación de situaciones en ausencia de crisis de angustia inesperadas y recidivantes. En algunos casos se dan cuadros que quedan a medio camino entre ambos prototipos, y en estos casos el juicio clínico del especialista es fundamental para decidir el diagnóstico más apropiado. Se han descrito cuatro factores que pueden ser útiles para establecer este diagnóstico: el objeto del temor, el tipo y número de crisis de angustia, el número de situaciones evitadas y el nivel de ansiedad intercurrente. Por ejemplo, un individuo que nunca ha sentido miedo a los ascensores o ha evitado entrar en ellos presenta una crisis de angustia en uno de ellos y empieza a tener miedo de acudir al trabajo por la necesidad de

utilizarlo para llegar a su oficina, que se encuentra en el piso 24. Si a consecuencia de este hecho el individuo empieza a tener varias crisis de angustia, pero únicamente en los ascensores (aunque él sólo manifiesta temor a padecer crisis de angustia), el diagnóstico de fobia específica podría ser el más adecuado. Si, por el contrario, el individuo sufre crisis de angustia inesperadas en otros lugares y empieza a evitar o a resistir penosamente una amplia variedad de situaciones por miedo a padecer más crisis de angustia, se puede afirmar con seguridad que el diagnóstico correcto es trastorno de angustia con agorafobia. Además, la presencia de aprensión permanente ante nuevas crisis de angustia, incluso no estando expuesto o no anticipando situaciones potencialmente fóbicas, es suficiente para establecer el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia. Si el individuo presenta crisis de angustia adicionales en otras situaciones, pero no comportamientos de evitación o de resistencia con intensa ansiedad, el diagnóstico más apropiado es trastorno de angustia sin agorafobia. Si el objeto de evitación no está relacionado con el temor a padecer una crisis de angustia, pero concierne a algún otro tipo de acontecimiento catastrófico (p. ej., accidente debido a la rotura de los cables del ascensor), puede considerarse el diagnóstico adicional de fobia específica.

De forma similar, el diagnóstico diferencial entre la fobia social y el trastorno de angustia con agorafobia puede resultar igualmente complejo, sobre todo cuando existe evitación de situaciones exclusivamente sociales. El objeto del temor y el tipo de crisis de angustia pueden ser útiles para efectuar esta distinción. Por ejemplo, un individuo que nunca ha sentido miedo a hablar en público presenta una crisis de angustia mientras da una conferencia, y empieza a aterrorizarle la idea de tener que volver a dar otra. Si a consecuencia de ello este individuo empieza a sufrir crisis de angustia coincidiendo únicamente con actuaciones ante el público (aunque el objeto del temor sea la posibilidad de padecer una nueva crisis de angustia), entonces el diagnóstico de fobia social podría ser el más adecuado. Si, por el contrario, el individuo sigue experimentando crisis de angustia con independencia de la situación en que se encuentre, se puede afirmar con seguridad que el diagnóstico correcto es trastorno de angustia con agorafobia. Los individuos con fobia social temen ser observados y rara vez presentan una crisis de angustia cuando están solos, mientras que en el trastorno de angustia con agorafobia los individuos pueden sentir más ansiedad en situaciones donde precisamente están faltos de alguien cercano. Por otra parte, las crisis de angustia nocturnas que despiertan al individuo son características del trastorno de angustia.

Cuando se cumplen los criterios para el diagnóstico simultáneo de trastorno de angustia y de cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, deben efectuarse ambos diagnósticos. Sin embargo, si las crisis de angustia inesperadas aparecen en el contexto de otro trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizada), pero no se acompañan de miedo a experimentar una nueva crisis de angustia, inquietud constante por esta cuestión o cambio comportamental durante el período de por lo menos 1 mes, debe olvidarse el diagnóstico adicional de trastorno de angustia. Debido a que los sujetos con trastornos de angustia pueden automedicarse, la presencia simultánea de trastornos relacionados con sustancias (sobre todo en relación con *Cannabis*, alcohol y cocaína) no es un hecho raro.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la crisis de angustia son idénticos a los del DSM-IV, excepto en el hecho de que la CIE-10 incluye un síntoma adicional: boca seca. A diferencia del DSM-IV, el algoritmo diagnóstico que propone la CIE-10 exige que por lo menos uno de los síntomas corresponda a palpitaciones, sudoración, temblores o boca seca. A su vez, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren la aparición de como mínimo 4 crisis en un período de 4 semanas, hecho que acentúa un poco más las diferencias con el DSM-IV, donde la definición de trastorno de angustia específica que las crisis de angustia resulten clínicamente significativas y revistan carácter recurrente. Asimismo, la CIE-10 excluye el

diagnóstico de trastorno de angustia si las crisis de angustia son debidas a esquizofrenia o a un trastorno del estado de ánimo.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la agorafobia difieren marcadamente de los del DSM-IV. Los criterios de la CIE-10 exigen la presencia de temor o evitación de por lo menos dos de las siguientes situaciones: aglomeraciones, lugares públicos, viajar solo o ausentarse de casa. Además, la CIE-10 también requiere la presencia simultánea de como mínimo 2 síntomas de ansiedad (de la lista de 14 síntomas de angustia) en al menos una ocasión, y que estos síntomas de ansiedad «se limiten a, o predominen en, las situaciones temidas o la contemplación de tales situaciones».

### ■ Criterios para el diagnóstico de F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia [300.01]

- A. Se cumplen (1) y (2):
- (1) crisis de angustia inesperadas recidivantes (v. pág. 403)
  - (2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
    - (a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
    - (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»)
    - (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis
- B. Ausencia de agorafobia (v. pág. 404).
- C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).
- D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

### ■ Criterios para el diagnóstico de F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21]

- A. Se cumplen (1) y (2):
- (1) crisis de angustia inesperadas recidivantes (v. pág. 403)

(continúa)

**Criterios para el diagnóstico de F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] (continuación)**

(2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

- (a) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis
- (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»)
- (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Presencia de agorafobia (v. pág. 404).

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

## **F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22]**

### ***Características diagnósticas***

Las características esenciales de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia son similares a los del trastorno de angustia con agorafobia, excepto en el hecho de que existe temor a la aparición de síntomas similares a la angustia o crisis con sintomatología limitada incapacitantes o extremadamente embarazosos, pero nunca crisis de angustia completas. Los individuos con este trastorno presentan agorafobia (v. pág. 404) (Criterio A). Los «síntomas similares a la angustia» incluyen cualquiera de los 13 síntomas descritos en la sección correspondiente a las crisis de angustia (pág. 402) o bien otros síntomas que pueden resultar incapacitantes o embarazosos (p. ej., pérdida del control de esfínter urinario). Por ejemplo, el individuo puede tener miedo a salir de casa por temor a marearse, desmayarse y no encontrar ayuda de nadie una vez en el suelo. Para efectuar este diagnóstico, nunca deben haberse cumplido los criterios diagnósticos de trastorno de angustia completo (Criterio B), y el cuadro sintomático no ha de ser secundario a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica (Criterio C). En el caso de asociarse una enfermedad médica (p. ej., una enfermedad cardíaca), el miedo a sentir incapacitación o embarazo por la aparición de sus síntomas (p. ej., desmayos) es claramente excesivo en comparación con el temor habitualmente asociado a ese proceso (Criterio D).

### *Síntomas dependientes de la cultura y el sexo*

Algunos grupos culturales o étnicos restringen la participación de la mujer en la vida pública, lo cual debe diferenciarse de la propia agorafobia. Por otra parte, el trastorno es mucho más frecuente en mujeres que en varones.

### *Prevalencia*

En los centros asistenciales la mayoría (más del 95 %) de los individuos que acuden por agorafobia presentan igualmente un diagnóstico (o historia) de trastorno de angustia. En cambio, la prevalencia de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia es superior a la del trastorno de angustia con agorafobia. No obstante, debido a la dificultad de una correcta valoración clínica es probable que las cifras de los estudios epidemiológicos estén sobredimensionadas. Recientemente, varios especialistas se valieron de programas de entrevistas estándar para reevaluar a los individuos que habían sido diagnosticados de agorafobia sin historia de trastorno de angustia en estudios epidemiológicos previos, y en la mayoría de los casos observaron fobias específicas, pero no agorafobia.

### *Curso*

Se sabe poco sobre el curso de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia. Hay algunas pruebas anecdóticas que sugieren que algunos casos persisten durante años y determinan con el tiempo un deterioro considerable.

### *Diagnóstico diferencial*

La agorafobia sin historia de trastorno de angustia se diferencia del **trastorno de angustia con agorafobia** por la ausencia de antecedentes de crisis de angustia inesperadas y recidivantes. Los comportamientos de evitación en la agorafobia sin historia de trastorno de angustia obedecen al miedo de sentir incapacidad o humillación pública como consecuencia de los síntomas similares a la angustia cuya aparición es súbita e imprevisible, y no a las crisis de angustia completas como ocurre en el trastorno de angustia con agorafobia. El diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia sigue siendo el adecuado en los casos en que las crisis de angustia acaban remitiendo, pero la agorafobia prevalece.

La agorafobia sin historia de trastorno de angustia también debe diferenciarse de otras causas de agorafobia. En la **fobia social** los individuos eluden los actos sociales o las actuaciones ante el público por miedo a que su comportamiento pueda humillarles o ponerles en apuros. En la **fobia específica** el individuo evita objetos o situaciones específicos temidos. En el **trastorno depresivo mayor** el individuo puede evitar vivir en casa debido a su apatía, pérdida de energía y anhedonia. Los miedos persecutorios (típicos del **trastorno delirante**) y el temor a contaminarse (característico del **trastorno obsesivo-compulsivo**) pueden igualmente conducir a comportamientos de evitación generalizados. En el **trastorno de ansiedad por separación** el niño elude situaciones que pueden separarle de su casa o de sus familiares cercanos.

Los individuos con algunas enfermedades médicas pueden evitar algunas situaciones debido a **preocupaciones realistas** sobre la posibilidad de hallarse incapacitados (p. ej., desmayos en isquemias transitorias) o en apuros (p. ej., despeños diarreicos en la enfermedad de Crohn). El diagnóstico de agorafobia sin historia de trastorno de angustia sólo debe considerarse si el temor o la

comportamiento de evitación son claramente excesivos en comparación con los habitualmente asociados a la enfermedad médica.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la agorafobia difieren marcadamente de los del DSM-IV. Los criterios de la CIE-10 exigen la presencia de temor o evitación de por lo menos dos de las siguientes situaciones: aglomeraciones, lugares públicos, viajar solo o ausentarse de casa. Además, la CIE-10 también requiere la presencia simultánea de como mínimo 2 síntomas de ansiedad (de la lista de 14 síntomas de angustia) en al menos una ocasión y que estos síntomas de ansiedad «se limiten a, o predominen en, las situaciones temidas o la contemplación de tales situaciones».

#### **■ Criterios para el diagnóstico de F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22]**

- A. Aparición de agorafobia (v. pág. 404) en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).
- B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia (v. pág. 411).
- C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.
- D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

### **F40.2 Fobia específica [300.29] (antes fobia simple)**

#### ***Características diagnósticas***

La característica esencial de la fobia específica es un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos (Criterio A). La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad (Criterio B). Esta respuesta puede adquirir la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada (v. pág. 402). Aunque los adolescentes y adultos con este trastorno reconocen que este temor es excesivo e irracional (Criterio C), esto no sucede a veces en el caso de los niños. En la mayoría de las ocasiones el estímulo fóbico es evitado, si bien a veces puede experimentarse, aunque con sumo terror (Criterio D). El diagnóstico es correcto sólo si el comportamiento de evitación, miedo o ansiedad de anticipación en relación con el estímulo fóbico interfiere significativamente con las actividades cotidianas del individuo, con sus relaciones laborales o

sociales, o si la existencia de esta fobia provoca un malestar evidente (Criterio E). En los menores de 18 años los síntomas deben haber persistido durante al menos 6 meses antes de poder efectuar el diagnóstico de fobia específica (Criterio F). La ansiedad, crisis de angustia o evitación fóbica no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno de angustia con agorafobia o agorafobia sin historia de trastorno de angustia) (Criterio G).

El individuo experimenta un temor marcado, persistente y excesivo o irracional cuando se encuentra en presencia de objetos o situaciones específicos o bien cuando anticipa su aparición. El objeto del miedo puede ser la propia anticipación del peligro o daño inherente al objeto o situación (p. ej., el individuo puede temer viajar en avión debido al miedo a estrellarse, puede temer a los perros por miedo a ser mordido o puede temer conducir un coche por miedo a tener un accidente).

Las fobias específicas también pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse y desmayarse al exponerse al objeto temido. Por ejemplo, los individuos temerosos de la sangre y las heridas pueden estar preocupados asimismo por la posibilidad de desmayarse, los que tienen miedo a las alturas también pueden sentir inquietud por los mareos y los que tienen miedo a las aglomeraciones pueden preocuparse asimismo por la posibilidad de perder el control y empezar a gritar entre la gente.

En presencia del estímulo fóbico aparece de forma inmediata y casi invariablemente una respuesta de ansiedad (p. ej., un individuo con fobia específica a los gatos experimentará casi invariablemente y de forma inmediata una respuesta de ansiedad cuando se le fuerce a acercarse a ellos). El nivel de ansiedad o temor suele variar en función del grado de proximidad al estímulo fóbico (p. ej., el miedo se intensifica a medida que el gato se acerca y disminuye a medida que éste se aleja) y al grado en que la huida se ve limitada (p. ej., el miedo se intensifica a medida que el ascensor se acerca al punto medio entre dos pisos y disminuye a medida que las puertas se van abriendo al llegar al siguiente piso). Sin embargo, la intensidad del temor no siempre se relaciona de forma tan previsible con el estímulo fóbico (p. ej., una persona que tiene miedo a las alturas puede experimentar grados variables de temor al cruzar el mismo puente en diferentes momentos). En ocasiones aparecen crisis de angustia con sintomatología completa como respuesta al estímulo fóbico, especialmente cuando la persona se ve obligada a permanecer en esa situación o cree que la huida es imposible. Debido a la aparición de ansiedad anticipatoria cuando el individuo se ve en la necesidad de entrar en situaciones fóbicas para él, éstas suelen acabar siendo evitadas. Con menos frecuencia, el individuo se obliga a sí mismo a soportar la situación fóbica, aunque esto propicia la aparición de una intensa ansiedad.

Los adultos que padecen este trastorno reconocen que la fobia es excesiva o irracional. En el caso de que, por ejemplo, un individuo evite entrar en un ascensor porque está convencido de que ha sido sabotado y no reconozca que este temor es excesivo e irracional, en vez de una fobia específica debe diagnosticarse un trastorno delirante. Es más, tampoco debe diagnosticarse una fobia específica si el temor se considera coherente teniendo en cuenta el contexto en que se produce (p. ej., miedo a recibir un disparo en un coto de caza o en un barrio peligroso). La convicción o conciencia de que el temor es excesivo o irracional tienden a aumentar con la edad, pero no constituyen un elemento diagnóstico imprescindible en la infancia.

Los temores a objetos o situaciones circunscritas son muy frecuentes, sobre todo en los niños, si bien en muchos casos el grado de deterioro a que dan lugar no es suficiente para establecer el diagnóstico. Si la fobia no provoca un malestar clínico significativo o un deterioro de la actividad del individuo, no debe efectuarse el diagnóstico de fobia específica. Por ejemplo, un individuo que tiene miedo a las serpientes hasta el punto de experimentar un intenso temor cuando está ante una de ellas no debe ser diagnosticado de fobia específica si reside en un área donde no hay serpientes, sus actividades no se ven limitadas por el intenso temor que le infunden estos reptiles y no siente malestar alguno por esta situación.

### *Subtipos*

Pueden especificarse los siguientes subtipos para indicar el objeto del miedo o evitación en la fobia específica (p. ej., fobia específica, tipo animal).

**Tipo animal.** El miedo hace referencia a animales o insectos. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

**Tipo ambiental.** El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

**Tipo sangre-inyecciones-daño.** El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.

**Tipo situacional.** El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida. Su incidencia en función del sexo, su patrón de incidencia familiar y su edad de inicio son similares a los del trastorno de angustia con agorafobia.

**Otros tipos.** El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad; fobia a los «espacios» (es decir, el individuo tiene miedo de caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción), y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

La distribución de frecuencias de estos subtipos en los centros asistenciales para adultos, de la más a la menos frecuente, es la siguiente: situacional, ambiental, fobia a la sangre-inyecciones-daño y, por último, animal. En muchos casos hay más de un subtipo de fobia específica. El hecho de tener una fobia de un subtipo determinado aumenta las probabilidades de padecer otra fobia del mismo subtipo (p. ej., miedo a los gatos y a las serpientes). Cuando se observa más de un subtipo, deben anotarse todos ellos (p. ej., fobia específica de tipo animal y ambiental).

### *Síntomas y trastornos asociados*

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** Las fobias específicas, dependiendo del subtipo, pueden dar lugar a un estilo de vida limitado o interferir con ciertas actividades. Por ejemplo, la evitación de los viajes en avión puede poner en peligro un ascenso en el trabajo, y el miedo a las aglomeraciones o a los recintos cerrados puede limitar las actividades sociales del individuo. Las fobias específicas suelen coexistir con otros trastornos de ansiedad, si bien en estos casos no suelen constituir el motivo de consulta, ya que producen mucho menos malestar e interfieren notoriamente menos en las actividades del individuo que el diagnóstico principal de trastorno de ansiedad. Entre estas asociaciones destaca por su elevada frecuencia la que existe con el trastorno de angustia con agorafobia.

**Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas.** Las respuestas vasovagales en forma de desmayo son características de las fobias específicas a la sangre-inyecciones-daño; aproximadamente el 75 % de estos individuos confiesa una historia de múltiples desmayos cuando se expone a dichas situaciones. Las respuestas fisiológicas se caracterizan por una



aceleración inicial y fugaz de la frecuencia cardíaca, seguida de una desaceleración y un descenso de la tensión arterial, lo que contrasta con el habitual aumento de la frecuencia cardíaca en otras fobias específicas. Algunas enfermedades médicas se exacerban como resultado de los comportamientos de evitación fóbica. Por ejemplo, la fobia específica a la sangre-inyecciones-daño puede tener efectos perjudiciales sobre la salud dental o física, ya que el individuo puede evitar someterse al tratamiento médico u odontológico necesario. De forma similar, el miedo a atragantarse puede tener un efecto perjudicial sobre la salud cuando el individuo ingiere sólo alimentos fáciles de tragar o cuando evita tomar fármacos por vía oral.

### *Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo*

El contenido de las fobias y su prevalencia muestran considerables variaciones según la cultura y la etnia. Por ejemplo, el miedo a los espíritus o a la magia existe en multitud de culturas y sólo debe considerarse una fobia específica si es excesivo en el contexto de esa cultura y provoca un malestar clínico significativo o un marcado deterioro de las actividades del individuo.

En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, parálisis o abrazos. Los niños no suelen reconocer que sus temores son excesivos o irracionales y rara vez expresan malestar por la fobia. El miedo a los animales y a otras situaciones ambientales es particularmente frecuente, teniendo un carácter a menudo transitorio cuando aparece en la infancia. El diagnóstico de fobia específica no puede asegurarse a no ser que estos temores den lugar a un deterioro significativo de las actividades del individuo (p. ej., resistencia a ir a la escuela por temor a encontrarse con un perro en la calle).

La frecuencia según el sexo también varía según los tipos de fobia específica. Aproximadamente el 75-90 % de las personas que padecen fobia animal o ambiental son mujeres (excepto en el miedo a las alturas, donde las mujeres representan un 55-70 %). De forma similar, aproximadamente el 75-90 % de los individuos que padecen fobia situacional son mujeres. Éstas también constituyen el 55-70 % de los individuos con fobia a la sangre-inyecciones-daño.

### *Prevalencia*

Aunque son frecuentes en la población general, las fobias raramente provocan un malestar o un deterioro general suficientes como para permitir realizar el diagnóstico de fobia específica. Las cifras de prevalencia publicadas en la literatura pueden variar según los umbrales empleados para determinar el malestar o deterioro general a que dan lugar y el tipo de fobias estudiadas. En la población general la tasa de prevalencia anual se sitúa alrededor del 9 %, mientras que la prevalencia global oscila entre el 10 y el 11,3 %.

### *Curso*

La media de edad de inicio varía en cada tipo de fobia específica. Para la fobia situacional, la edad de inicio tiende a seguir una distribución bimodal, con un primer pico de incidencia en la segunda infancia y un segundo pico en la mitad de la tercera década de la vida. Para la fobia ambiental (p. ej., fobia a las alturas), el inicio suele situarse en la segunda infancia, si bien muchos casos nuevos de fobia a las alturas aparecen al principio de la edad adulta. La segunda infancia también suele constituir la edad de inicio en la fobia animal y en la fobia a la sangre-inyecciones-daño.

Entre los factores que predisponen a la aparición de fobia específica cabe citar los acontecimientos traumáticos (como el ser atacado por un animal o quedar atrapado en un lugar pequeño y cerrado), crisis de angustia inesperadas en la situación que se convertirá en temida, observación de otros individuos que sufren traumatismos o muestran temor (p. ej., presenciar caídas desde grandes alturas o personas que se asustan en presencia de ciertos animales) y transmisión de informaciones (p. ej., repetidas advertencias paternas sobre los peligros de ciertos animales o reportajes periodísticos sobre catástrofes aéreas). Los objetos o situaciones temidos tienden a implicar aspectos que ciertamente pueden o han podido representar una amenaza en algún momento de la historia de la humanidad. Las fobias generadas por acontecimientos traumáticos o por crisis de angustia inesperadas acostumbran a aparecer de forma particularmente aguda. Las fobias de origen traumático no presentan una edad de inicio característica (p. ej., el miedo a atragantarse que suele seguir a un episodio de obstrucción faríngea total o parcial puede aparecer prácticamente a cualquier edad). Las fobias que persisten durante toda la etapa adulta rara vez suelen remitir (sólo ocurre en un 20 % de los casos).

### *Patrón familiar*

Los estudios preliminares sugieren la posible existencia de una cierta incidencia familiar según el tipo de fobia (p. ej., los parientes de primer grado de sujetos afectados de una fobia animal tienen más probabilidades de presentar una fobia de este tipo, aunque no necesariamente frente al mismo animal, y los parientes de primer grado de sujetos afectados de fobia situacional tienen igualmente más probabilidades de llegar a desarrollar fobias de este tipo). El miedo a la sangre y al daño presenta una incidencia familiar particularmente alta.

### *Diagnóstico diferencial*

Las fobias específicas se diferencian de gran parte del resto de los trastornos de ansiedad en los niveles de ansiedad intercurrente. De forma característica, en la fobia específica, a diferencia del **trastorno de angustia con agorafobia**, el individuo no presenta una ansiedad permanente, toda vez que el miedo se limita a objetos y situaciones específicos y circunscritos. Sin embargo, la anticipación ansiosa generalizada puede emerger en las situaciones donde el encuentro con el estímulo fóbico sea bastante probable (p. ej., cuando una persona que teme a las serpientes va a vivir a un área desértica) o cuando los acontecimientos vitales propician un enfrentamiento inminente con el estímulo fóbico (p. ej., cuando una persona que tiene miedo a volar se ve obligada por las circunstancias a hacer un viaje en avión).

El diagnóstico diferencial entre la fobia específica de tipo situacional y el trastorno de angustia con agorafobia puede resultar particularmente difícil, ya que en ambos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y comportamientos de evitación de situaciones similares (p. ej., coches, aviones, transportes públicos, recintos cerrados). El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza prototípicamente por crisis de angustia de aparición inesperada que dan lugar a comportamientos de evitación de múltiples situaciones que se consideran posibles desencadenantes. Por su parte, el prototipo de fobia específica de tipo situacional se caracteriza por la evitación de situaciones en ausencia de crisis de angustia inesperadas recidivantes. Algunos enfermos acuden a la consulta con cuadros que quedan a medio camino entre ambos prototipos; en estos casos el juicio clínico del especialista será fundamental para decidir el diagnóstico más apropiado. Se han descrito cuatro factores que son útiles para establecer este diagnóstico: el objeto del temor, el tipo y número de crisis de angustia, el número de situaciones evitadas y el nivel de ansiedad intercurrente. Por ejemplo, un individuo que nunca ha sentido miedo a los ascensores ni ha evitado en-

trar en ellos presenta una crisis de angustia en uno de ellos y empieza a tener miedo de acudir al trabajo por la necesidad de utilizarlo para llegar a su oficina, que se encuentra en el piso 24. Si a consecuencia de este hecho el individuo empieza a tener varias crisis de angustia, pero sólo en los ascensores (aunque él sólo manifiesta temor a padecer crisis de angustia), el diagnóstico de fobia específica podría ser el más adecuado. Si, por el contrario, el individuo sufre crisis de angustia inesperadas en otros lugares y empieza a evitar o a resistir penosamente una amplia gama de situaciones por miedo a padecer más crisis de angustia, se puede afirmar con seguridad que el diagnóstico correcto es trastorno de angustia con agorafobia. Además, la presencia de aprensión permanente ante nuevas crisis de angustia, incluso no estando expuesto o no anticipando situaciones potencialmente fóbicas es suficiente para establecer el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia. Si el individuo presenta crisis de angustia en otras situaciones, pero no comportamientos de evitación o de resistencia con intensa ansiedad, el diagnóstico más apropiado es trastorno de angustia sin agorafobia.

Por otra parte, a veces puede establecerse el diagnóstico de fobia específica y trastorno de angustia con agorafobia en un mismo individuo. En estos casos puede ser muy útil considerar en qué se centran las preocupaciones del individuo en relación con la situación fóbica. Por ejemplo, la evitación de encontrarse solo por el miedo a padecer una crisis de angustia inesperada permite diagnosticar con seguridad un trastorno de angustia con agorafobia (aunque se cumplan los criterios diagnósticos de cualquier otro trastorno), mientras que la evitación fóbica adicional de volar por miedo a una situación climática desfavorable que pudiera hacer estrellar el avión permite diagnosticar una fobia específica con total seguridad.

La fobia específica y la **fobia social** pueden diferenciarse en virtud del objeto o la situación fóbicos. Por ejemplo, la evitación de comer en un restaurante puede basarse en el miedo a ser evaluado por los demás (es decir, fobia social) o deberse al temor a atragantarse (es decir, fobia específica). A diferencia de lo que sucede en la fobia específica, el comportamiento de evitación característico del **trastorno por estrés postraumático** aparece con posterioridad a un acontecimiento estresante y peligroso para la vida y se acompaña de síntomas adicionales (p. ej., reexperiencias del trauma y empobrecimiento de la vida afectiva). En el **trastorno obsesivo-compulsivo** el comportamiento de evitación se relaciona con el contenido de las ideas obsesivas (p. ej., suciedad, contaminación). En los casos de **trastorno de ansiedad por separación** no debe efectuarse el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita exclusivamente al temor de separarse de personas a las que el individuo se siente ligado. Es más, los niños que presentan un trastorno de ansiedad por separación a menudo expresan también un temor exagerado hacia personas o acontecimientos (p. ej., ladrones, secuestradores, accidentes de coche, viajes en avión) que pueden poner en peligro la unidad familiar. En estos casos el diagnóstico adicional de fobia específica rara vez está indicado.

El diagnóstico diferencial entre la **hipocondría** y la fobia específica de otros tipos (p. ej., evitación de situaciones que pueden dar lugar a contraer una enfermedad) depende de la presencia o ausencia de la convicción de estar enfermo. En la hipocondría existe una constante preocupación motivada por el miedo a estar sufriendo una enfermedad, mientras que en la fobia específica sólo se teme la posibilidad de adquirirla (pero sin creer que ya se tiene). Los individuos con **anorexia nerviosa** y **bulimia nerviosa** no deben ser diagnosticados de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita exclusivamente a la comida y a los estímulos relacionados con él. En la **esquizofrenia** o en otros **trastornos psicóticos** la persona puede evitar ciertas actividades como respuesta a sus propios delirios, pero nunca reconoce que estos temores son excesivos o irracionales.

En definitiva, los miedos son muy frecuentes, especialmente en la infancia, pero su sola presencia no permite asegurar el diagnóstico de fobia específica, a no ser que interfieran marcadamente con las actividades sociales, académicas o laborales del individuo, o le provoquen un malestar clínico significativo.

**Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10**

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren la presencia de síntomas de ansiedad de carácter vegetativo y exigen la presencia simultánea de por lo menos 2 síntomas de ansiedad (de la misma lista de 14 síntomas citada para la angustia). Además, la CIE-10 especifica que los síntomas de ansiedad «se limiten a las situaciones temidas o a la contemplación de tales situaciones».

**■ Criterios para el diagnóstico de F40.2 Fobia específica [300.29]**

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. **Nota:** En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. **Nota:** En los niños este reconocimiento puede faltar.
- D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

**Tipo animal**

**Tipo ambiental** (p. ej., alturas, tormentas, agua)

(continúa)

**Criterios para el diagnóstico de F40.2 Fobia específica [300.29]**  
(continuación)

**Tipo sangre-inyecciones-daño**

**Tipo situacional** (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

**Otros tipos** (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas)

**F40.1 Fobia social [300.23]**  
(trastorno de ansiedad social)

*Características diagnósticas*

La característica esencial de este trastorno es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas (Criterio A). La exposición a estos estímulos produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad (Criterio B). Dicha respuesta puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada (v. pág. 402). Aunque los adolescentes y adultos que padecen el trastorno reconocen que este temor resulta excesivo o irracional (Criterio C), puede que esto no suceda en los niños. En la mayoría de las ocasiones las situaciones sociales o actuaciones en público acaban convirtiéndose en motivo de evitación, si bien otras veces el individuo puede soportarlas aunque experimentando sumo terror (Criterio D). El diagnóstico puede efectuarse sólo en los casos en los que el comportamiento de evitación, el temor o la ansiedad de anticipación interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales y su vida social, o bien genera un malestar clínicamente significativo (Criterio E). En las personas menores de 18 años los síntomas deben haber persistido como mínimo durante 6 meses antes de poder diagnosticar una fobia social (Criterio F). El miedo o los comportamientos de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno generalizado del desarrollo, o trastorno esquizoide de la personalidad) (Criterio G). Si existe otro trastorno mental (p. ej., tartamudez, enfermedad de Parkinson, anorexia nerviosa), el temor o el comportamiento de evitación no se limitan a la preocupación por su posible impacto social (Criterio H).

Cuando el individuo con fobia social se encuentra en las situaciones sociales o en las actuaciones en público temidas, experimenta una preocupación constante por la posibilidad de que resulten embarazosas y teme que los demás le vean como a un individuo ansioso, débil, «loco» o estúpido. Estos individuos pueden tener miedo de hablar en público porque creen que los demás se darán cuenta de que su voz o sus manos están temblando, o porque piensan que en cualquier momento les puede invadir una extrema ansiedad al mantener una conversación por temor a no poder articular correctamente las palabras. Puede que eviten comer, beber o escribir en público por miedo a sentirse en apuros cuando los demás comprueben cómo les tiemblan las manos. Los individuos con fobia social experimentan casi siempre síntomas de ansiedad (p. ej., palpitaciones, temblores, sudoración, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento, confusión) en las situaciones sociales temidas, y, en los casos más serios, estos síntomas pueden llegar a cumplir los criterios diagnósticos de una crisis de angustia (v. pág. 403). El enrojecimiento es muy típico de la fobia social.

Los adultos con fobia social reconocen que sus temores son excesivos o irracionales, aunque esto puede no suceder con los niños. Por ejemplo, en un individuo que elude comer en público porque está convencido de que la policía lo estará vigilando y que, por otra parte, no reconoce que este temor es excesivo e irracional, el diagnóstico correcto sería trastorno delirante antes que fobia social. Es más, tampoco deberían diagnosticarse de fobia social aquellos temores que son congruentes con el contexto del estímulo (p. ej., miedo a ser preguntado en clase por el profesor cuando no se ha preparado la lección).

De forma característica, el individuo con fobia social evitará las situaciones temidas. Con menos frecuencia, se obligará a sí mismo a soportar estas situaciones, aunque a costa de una intensa ansiedad. También puede aparecer una acusada ansiedad anticipatoria mucho antes de que el individuo deba afrontar la situación social temida o la actuación en público (p. ej., preocupaciones diarias durante varias semanas antes de asistir a un acontecimiento social). A veces llega a constituirse un ciclo vicioso, formado por ansiedad anticipatoria que provoca ideas de miedo y síntomas de ansiedad una vez en la situación temida, lo que produce un rendimiento insatisfactorio real o subjetivo en este tipo de situaciones, lo cual genera más malos ratos y más ansiedad anticipatoria, y así sucesivamente.

Para establecer el diagnóstico de fobia social, los temores o los comportamientos de evitación deben interferir marcadamente en la actividad laboral o académica del individuo o en sus relaciones sociales, o generar un malestar clínicamente significativo. Por ejemplo, una persona que teme hablar en público no será diagnosticada de fobia social si su trabajo o su actividad escolar no le exigen la pronunciación habitual de discursos y no se siente especialmente preocupada por este tema. Los temores a que ciertas situaciones sociales resulten embarazosas son frecuentes, pero el grado de malestar o el deterioro general que suelen provocar no son lo suficientemente intensos como para permitir diagnosticar con seguridad una fobia social. La ansiedad o la evitación transitoria de situaciones sociales son especialmente frecuentes en la infancia y la adolescencia (p. ej., una chica adolescente puede evitar comer delante de los chicos durante una breve temporada y luego volver a comportarse normalmente). En los individuos menores de 18 años sólo los síntomas que persisten por lo menos 6 meses permiten realizar el diagnóstico de fobia social.

### *Especificación*

**Generalizada.** Esta especificación puede utilizarse cuando los temores se relacionan con la mayoría de las situaciones sociales (p. ej., iniciar o mantener conversaciones, participar en pequeños grupos, tener citas, hablar con las figuras de autoridad, asistir a fiestas). Los individuos con fobia social generalizada suelen tener miedo tanto a actuar en público como a situaciones sociales interactivas. Debido a que los individuos con fobia social no acostumbran a confesar espontáneamente la amplia variedad de situaciones sociales que les producen temor, puede resultar útil para el clínico repasar la lista de situaciones sociales y actuaciones en público en colaboración con el paciente. Los individuos que no reúnen los criterios definitorios de fobia social generalizada conforman un grupo heterogéneo donde puede incluirse a personas que temen una actuación ante el público en concreto y personas que, si bien tienen miedo a varias situaciones sociales, no puede decirse que las teman todas. Los individuos con fobia social generalizada pueden ser más propensos a presentar deficiencias en sus habilidades sociales y a padecer un serio deterioro de sus relaciones sociales y laborales.

### *Síntomas y trastornos asociados*

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** Entre las características comúnmente asociadas a la fobia social cabe citar la hipersusceptibilidad a la crítica, a la valoración

negativa por parte de los demás y al rechazo; la dificultad para autoafirmarse, y la baja autoestima y los sentimientos de inferioridad. Los individuos con fobia social también acostumbran a temer las evaluaciones indirectas, por ejemplo, los exámenes. A veces muestran pobres habilidades sociales (p. ej., les cuesta mantener la mirada de otras personas) o signos objetivables de ansiedad (p. ej., manos frías y pegajosas, temblores, voz vacilante). Los individuos con fobia social suelen obtener malos resultados en la escuela debido a la ansiedad que les producen los exámenes y la evitación de la participación oral en clase. También pueden tener un bajo rendimiento laboral debido a la ansiedad que experimentan al hablar en grupos pequeños, en público, con los colegas y las figuras de autoridad, así como por la propia evitación de estas situaciones. Las personas que padecen fobia social acostumbran a disponer de un escaso apoyo social y tienen menos probabilidades de casarse. En los casos más serios estos individuos son expulsados de la escuela o despedidos del trabajo con la posibilidad de no poder reincorporarse a estas actividades por la dificultad y ansiedad que les supone acudir a entrevistas de selección; puede que no tengan ningún amigo o no puedan aferrarse a nadie no logrando nunca completar una relación; pueden abstenerse de concertar cita alguna, o pueden permanecer toda la vida con los padres.

La fobia social puede asociarse al trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias y trastorno de somatización, precediendo habitualmente su aparición a la de estos trastornos. En las muestras clínicas los individuos con fobia social generalizada suelen presentar a la vez un trastorno de la personalidad por evitación.

**Hallazgos de laboratorio.** Comparados con los que presentan un trastorno de angustia, los individuos con fobia social tienen menos probabilidades de padecer una crisis de angustia en respuesta a la perfusión de lactato sódico o a la inhalación de dióxido de carbono. Estos hallazgos ayudan a diferenciar ambas entidades, aunque no revisten la suficiente importancia como para permitir por sí mismos establecer un diagnóstico diferencial definitivo.

### *Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo*

La presentación clínica y sus consecuencias en las actividades diarias del individuo pueden mostrar una considerable variación a través de las diferentes culturas, dependiendo fundamentalmente de las exigencias sociales del lugar. En algunas culturas (p. ej., Japón y Corea) los individuos con fobia social pueden presentar un temor permanente y excesivo a ofender a los demás en las situaciones sociales, en vez del habitual miedo a pasar apuros. Estos temores adquieren a veces la forma de una extrema ansiedad por el hecho de que el enrojecimiento, las miradas directas y los efluvios corporales puedan ser ofensivos para los demás (*taijin kyofusho* en Japón).

En los niños las fobias sociales pueden tomar forma de lloros, tartamudez, parálisis, abrazos o aferramiento a familiares cercanos y abstención de mantener relaciones con los demás hasta llegar incluso al mutismo. Los niños mayores pueden mostrarse excesivamente tímidos en los ambientes sociales alejados de la familia, eludir los contactos con los demás, rehusar participar en juegos de equipo y mantenerse típicamente en una posición de segunda línea en las actividades sociales, procurando aferrarse siempre a sus familiares de mayor edad. A diferencia de los adultos, los niños con fobia social no suelen tener la oportunidad de evitar la totalidad de situaciones temidas, y es posible que se muestren incapaces de identificar la naturaleza de su ansiedad. También es posible que exista una disminución de su participación en clase, negativa a asistir a la escuela o evitación de las actividades y citas adecuadas para su edad. Para realizar el diagnóstico de fobia social en un niño, es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto. Es decir, en

el niño, y como resultado de esta fobia social, que se inicia tempranamente y presenta un curso crónico, lo que va a ponerse de relieve, más que un empeoramiento respecto a un nivel previo de actividad, es una falta de consecución de las expectativas que se habían creado con arreglo a su edad. En cambio, cuando el trastorno se inicia en la adolescencia, puede conducir a un empeoramiento del rendimiento social y académico.

Los estudios epidemiológicos sugieren que la fobia social es más frecuente en las mujeres; sin embargo, cuando se estudian poblaciones clínicas, ambos sexos se muestran igualmente propensos, o bien se constata que el trastorno incide más frecuentemente en los varones.

### ***Prevalencia***

Los estudios epidemiológicos han puesto de relieve una prevalencia global para la fobia social que oscila entre el 3 y el 13 %. Estas cifras pueden variar dependiendo de los umbrales definidos para cuantificar el malestar clínico o la afectación de la actividad global del individuo y los tipos de situaciones sociales objeto de estudio. En uno de estos trabajos el 20 % de los casos manifestaba un miedo excesivo a hablar o actuar en público, pero sólo un 2 % aproximadamente parecía experimentar suficiente malestar o afectación general como para poder asegurar que se trataba de una fobia social. En la población general la mayoría de los individuos con fobia social temen hablar en público, mientras que un poco menos de la mitad de estos casos confesaba tener miedo de hablar con extraños o conocer a gente nueva. Otros temores relacionados con las actuaciones en público (p. ej., comer, beber o escribir delante de los demás, o permanecer en una sala de espera) parecen menos frecuentes. En los centros asistenciales la gran mayoría de las personas con fobia social sienten temor por más de un tipo de situación social. La fobia social rara vez constituye un motivo de ingreso hospitalario. Entre los pacientes con trastorno de ansiedad en régimen ambulatorio, un 10-20 % presentan igualmente algún tipo de fobia social, si bien estas cifras varían ampliamente de unos estudios a otros.

### ***Curso***

La fobia social suele aparecer típicamente a mediados de la edad adulta, a veces con el antecedente infantil de timidez o inhibición social. Algunos individuos sitúan el inicio del cuadro al principio de la segunda infancia. La aparición del trastorno puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante, o bien puede hacerlo de forma lenta e insidiosa. El curso de la fobia social acostumbra a ser crónico o continuo. A menudo persiste durante toda la vida, si bien a veces remite total o parcialmente en el transcurso de la edad adulta. La intensidad del trastorno y sus consecuencias en la actividad diaria del individuo dependen principalmente de los acontecimientos vitales estresantes y de las exigencias sociales del lugar o la profesión. Por ejemplo, la fobia social puede disminuir cuando el individuo que siente temor por las citas con las chicas logra casarse y volver a aparecer con toda su intensidad si aquél se queda viudo. A veces la fobia social aparece por primera vez cuando el individuo obtiene un ascenso en el trabajo que le obliga, por ejemplo, a hablar a menudo ante el público, cuando nunca antes se había visto en la necesidad de tener que hacerlo.

### ***Patrón familiar***

Comparados con la población general, los parientes de primer grado de los individuos con fobia social parecen tener más probabilidades de sufrir este trastorno.



### *Diagnóstico diferencial*

Cuando un individuo experimenta crisis de angustia y evitación de situaciones sociales, suele representar un difícil problema de diagnóstico diferencial. El prototipo de **trastorno de angustia con agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia de aparición inesperada que dan lugar a comportamientos de evitación de múltiples situaciones que se consideran posibles desencadenantes. El miedo a que los demás presencien cómo uno mismo sufre una crisis de angustia puede motivar la aparición de comportamientos de evitación social en el trastorno de angustia, si bien este trastorno se caracteriza por crisis de angustia inesperadas cuya aparición no se limita al contexto de las situaciones sociales; no debe efectuarse el diagnóstico de fobia social cuando el único temor social hace referencia a la posibilidad de ser contemplado en plena crisis de angustia. La fobia social se caracteriza por evitación de situaciones sociales en ausencia de crisis de angustia inesperadas y recidivantes. Cuando aparece una de estas crisis, puede adquirir la forma de crisis de angustia situacional o bien de crisis de angustia más o menos relacionada con una situación determinada (p. ej., el individuo con temor a pasar apuros al hablar en público tan sólo experimenta crisis de angustia cuando ha de pronunciar un discurso o se enfrenta a otras situaciones sociales). Algunos sujetos acuden a la consulta con cuadros que quedan a medio camino entre ambos trastornos, y en estos casos el juicio clínico del especialista será fundamental para establecer el diagnóstico más apropiado. Por ejemplo, un individuo que nunca ha sentido miedo a hablar en público presenta una crisis de angustia mientras da una conferencia, y a partir de entonces empieza a aterrorizarle la idea de tener que volver a dar otra. Si a consecuencia de ello este individuo empieza a sufrir crisis de angustia coincidiendo únicamente con actuaciones ante el público (aunque el objeto del temor sea la posibilidad de padecer una nueva crisis de angustia), el diagnóstico de fobia social podría ser el más adecuado. Si, por el contrario, el individuo sigue experimentando crisis de angustia con independencia de la situación en que se encuentre, cabe afirmar con seguridad que el diagnóstico correcto es trastorno de angustia con agorafobia. Si se cumplen los criterios diagnósticos de la fobia social y del trastorno de angustia a la vez, pueden diagnosticarse ambos trastornos. Por ejemplo, un individuo que toda la vida ha sentido miedo a la mayoría de las situaciones sociales y éste ha dado lugar a múltiples comportamientos de evitación (fobia social) en un momento determinado puede empezar a sufrir crisis de angustia en situaciones no sociales que dan lugar a comportamientos de evitación adicionales (trastorno de angustia con agorafobia).

La evitación de situaciones sociales por temor a una posible humillación constituye un rasgo muy prominente en las fobias sociales, pero también aparece en ocasiones en el **trastorno de angustia con agorafobia** y en la **agorafobia sin historia de trastorno de angustia**. En las fobias sociales las situaciones que son objeto de evitación se limitan exclusivamente a aquellas en las que el individuo considera que puede ser escrutado por los demás. En la agorafobia sin historia de trastorno de angustia los temores suelen hacer referencia a un conjunto determinado de situaciones en las que puede o no darse la posibilidad de ser observado y analizado por los demás (p. ej., encontrarse solo dentro o fuera de casa; cruzar un puente o coger un ascensor; viajar en autobús, tren, coche o avión). Determinar el papel que pueda desempeñar el acompañante es también útil para diferenciar una fobia social de una agorafobia con o sin historia de trastorno de angustia. Los individuos con comportamientos de evitación de tipo agorafóbico prefieren claramente estar acompañados por alguien cuando se enfrentan a la situación temida, mientras que en la fobia social el individuo puede presentar una marcada ansiedad de anticipación, pero de forma característica no sufre crisis de angustia cuando está totalmente solo. Una persona con fobia social a las aglomeraciones tiene miedo de que los demás estén observándole, se halle o no acompañado por alguien, e incluso a veces siente menos ansiedad sin la observación añadida del acompañante.

Los niños que presentan un **trastorno de ansiedad por separación** pueden eludir las situaciones sociales por temor a ser separados de la persona que los cuida, por temor a hacer el ridículo teniendo que volver precipitadamente a su casa o por temor a requerir la presencia de sus

padres en situaciones donde esto está fuera de lugar. En estos casos el diagnóstico aislado de fobia social no está indicado. Los niños con un trastorno de ansiedad por separación suelen encontrarse cómodos en las reuniones sociales que tienen lugar en su propia casa, mientras que en los casos de fobia social los síntomas de ansiedad aparecen en cualquier situación social, tenga o no lugar en el propio hogar del afectado.

Aunque el miedo a pasar apuros o ser humillado puede estar presente en el **trastorno de ansiedad generalizada** o en la **fobia específica** (p. ej., inquietud por sufrir un desmayo al cortarse y contemplar la sangre), esto no suele constituir el motivo principal del miedo o la ansiedad. Los niños con trastornos de ansiedad generalizada se muestran excesivamente preocupados por su rendimiento, se sientan o no evaluados por parte de los demás; en cambio, en la fobia social la clave de la ansiedad radica en la posibilidad de ser observado.

En un **trastorno generalizado del desarrollo** y en el **trastorno esquizoide de la personalidad** existe evitación de situaciones sociales debido a una falta de interés por relacionarse con los demás. En cambio, los individuos con fobia social conservan la capacidad de interesarse por las relaciones sociales en el ámbito familiar. En concreto, para realizar el diagnóstico de fobia social en un niño, es necesario que éste haya establecido al menos una relación apropiada a su edad fuera del marco familiar inmediato (p. ej., se siente incómodo en las reuniones sociales con niños de su edad y las evita, pero muestra un notable interés y de hecho se relaciona con un chico de su misma edad).

El **trastorno de la personalidad por evitación** comparte una serie de características con la fobia social, pudiendo casi equipararse a la fobia social generalizada. Por lo tanto, en los individuos con una fobia social generalizada siempre debe considerarse el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación.

La ansiedad social y el comportamiento de evitación de estas situaciones constituyen **características asociadas a muchos otros trastornos mentales** (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, esquizofrenia, trastorno dismórfico corporal). Si este tipo de síntomas sólo aparece coincidiendo con otro trastorno mental y puede explicarse mejor por su presencia, no debe considerarse el diagnóstico adicional de fobia social.

Los individuos con fobia social pueden experimentar un empeoramiento de la ansiedad y comportamientos de evitación cuando presentan una enfermedad médica o un trastorno mental capaz de provocar síntomas potencialmente embarazosos (p. ej., temblores en la enfermedad de Parkinson, pautas de alimentación anormales en la anorexia nerviosa, obesidad, estrabismo o cicatrices faciales). Sin embargo, si la ansiedad y los comportamientos de evitación de situaciones sociales se limitan a la preocupación derivada de la enfermedad médica o el trastorno mental, no debe diagnosticarse fobia social. Si los comportamientos de evitación social producen un malestar clínico significativo, puede establecerse el diagnóstico de **trastorno de ansiedad no especificado**.

La **ansiedad que suscita actuar en público**, el **terror a los escenarios** y la **timidez** en reuniones sociales donde participan personas que no pertenecen al ámbito familiar no deben calificarse como fobia social a no ser que determinen un acusado deterioro de las actividades del individuo o a un malestar clínico significativo. En los niños es muy frecuente la ansiedad ante acontecimientos sociales, especialmente cuando se encuentran en ambientes fuera del marco familiar. Para establecer el diagnóstico de fobia social en un niño es necesario que la ansiedad social se ponga igualmente de manifiesto cuando se encuentra con chicos de su edad y que ésta se prolongue más de 6 meses.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren la presencia de síntomas de ansiedad de carácter vegetativo y exigen la presencia simultánea de por lo menos 2 síntomas

de ansiedad (de la lista de 14 síntomas de agorafobia) en al menos una ocasión, a la vez que debe aparecer como mínimo uno de los siguientes síntomas de ansiedad: ruborización o temblores, miedo a vomitar y necesidad urgente o temor a orinar o defecar. Además, estos síntomas de ansiedad deben «limitarse a, o predominar en, las situaciones temidas o la contemplación de tales situaciones.

### ■ Criterios para el diagnóstico de F40.1 Fobia social [300.23]

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. **Nota:** En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. **Nota:** En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. **Nota:** En los niños puede faltar este reconocimiento.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

(continúa)

**Criterios para el diagnóstico de F40.1 Fobia social [300.23]**  
(continuación)

- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

*Especificar si:*

**Generalizada:** si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

## F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo [300.3]

### *Características diagnósticas*

La característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente (Criterio A) lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas (p. ej., el individuo dedica a estas actividades más de 1 hora al día) o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo (Criterio C). En algún momento del curso del trastorno el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales (Criterio B). Si hay cualquier otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (Criterio D). Este trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica (Criterio E).

Las *obsesiones* se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos. Esta cualidad intrusa e inapropiada que caracteriza las obsesiones se ha venido a denominar «egodistónica». Este concepto hace referencia a la sensación que tiene el individuo de que el contenido de la obsesión es ajeno fuera de su control y no encaja en el tipo de pensamientos que él esperaría tener. Sin embargo, el individuo es capaz de reconocer que estas obsesiones son el producto de su mente y no vienen impuestas desde fuera (como sucede en la inserción del pensamiento).

Las obsesiones más frecuentes son ideas recurrentes que versan sobre temas como la contaminación (p. ej., contraer una enfermedad al estrechar la mano de los demás), dudas repetitivas (p. ej., preguntarse a uno mismo si se ha realizado un acto en concreto, como haber atropellado a alguien con el coche o haber olvidado cerrar la puerta con llave), necesidad de disponer las cosas según un orden determinado (p. ej., intenso malestar ante objetos desordenados o asimétricos), impulsos de carácter agresivo u horroroso (p. ej., herir a un niño o gritar obscenidades en una iglesia) y fantasías sexuales (p. ej., una imagen pornográfica recurrente). Estos pensamientos, impulsos o imágenes no constituyen simples preocupaciones excesivas por problemas de la vida real (p. ej., inquietud o dificultades del momento, p. ej., económicas, laborales, o escolares); es más, rara vez se relacionan con hechos de la vida real.

El individuo que tiene obsesiones intenta con frecuencia ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos o bien neutralizarlos mediante otras ideas o actividades (es decir, compulsiones).

Por ejemplo, un individuo plagado de dudas sobre si ha desconectado el horno, intenta neutralizarlas comprobando una y otra vez que efectivamente se encuentra apagado.

Las *compulsiones* se definen como comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación. En la mayoría de los casos la persona se siente impulsada a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativos. Por ejemplo, los individuos que están obsesionados por la posibilidad de contraer una enfermedad pueden aliviar este malestar mental lavándose las manos hasta que se les arruga la piel; los individuos perturbados por la idea de haber olvidado cerrar una puerta con llave pueden sentirse impulsados a comprobar la cerradura cada 5 min; los individuos obsesionados por pensamientos blasfemos no deseados pueden verse aliviados contando del 1 al 10 y del 10 al 1 cien veces por cada uno de estos pensamientos. En algunos casos estos individuos realizan actos fijos o estereotipados acordes con reglas elaboradas de manera idiosincrásica sin ser capaces de indicar por qué los llevan a cabo. Por definición, las compulsiones resultan claramente excesivas o no están conectadas de forma racional con las ideas que deben neutralizar o prevenir. Las compulsiones más frecuentes implican tareas de lavado o limpieza, comprobaciones, demandas o exigencias de certeza, actos de carácter repetitivo y puesta en orden de objetos.

Por definición, los adultos que presentan un trastorno obsesivo-compulsivo reconocen en algún momento del curso del trastorno que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o irracionales. Este requisito no se exige en el caso de los niños debido a que, por su edad, puede que no dispongan todavía de la suficiente capacidad cognoscitiva para llegar a conclusiones de este tipo. Sin embargo, incluso en los propios adultos puede observarse un amplio espectro en el nivel de comprensión relativo a la racionalidad de las obsesiones o compulsiones. Algunos individuos se muestran dubitativos sobre la racionalidad de sus obsesiones o compulsiones, y la propia comprensión de este tema puede variar según el momento y el lugar en un mismo sujeto. Por ejemplo, el individuo puede reconocer que su obsesión por la posibilidad de contraer una enfermedad es irracional cuando habla de ello en una «situación segura» (p. ej., en la consulta del terapeuta), pero no dice lo mismo cuando se le fuerza a coger unas monedas. Es en este momento en que el individuo reconoce la irracionalidad de sus obsesiones o compulsiones cuando puede sentirse dispuesto a resistirlas e incluso puede llegar a intentarlo. Al hacerlo, puede invadirle una sensación progresiva de ansiedad o tensión que suele aliviarse rindiéndose a los actos compulsivos. En el curso del trastorno, y después de repetidos fracasos al intentar resistir las obsesiones o compulsiones, el individuo puede claudicar ante ellas, no volver a desear combatir las nunca más e incorporar estas compulsiones a sus actividades diarias.

Las obsesiones o compulsiones producen un malestar clínicamente significativo, suponen una pérdida de tiempo notable (ocupan más de 1 hora al día) o interfieren acusadamente con la rutina diaria del individuo, su rendimiento laboral o sus actividades sociales o relacionales. Estas obsesiones o compulsiones pueden reemplazar comportamientos productivos y gratificantes y desestructurar enormemente la actividad global del individuo. Dado el potencial perturbador que las caracteriza, estas obsesiones suelen ocasionar una disminución del rendimiento personal en las actividades o tareas cognoscitivas que requieren concentración, como son la lecutra o el cálculo mental. Además, muchos individuos acaban evitando objetos o situaciones que suelen provocar obsesiones o compulsiones. Este comportamiento de evitación puede generalizarse y limitar seriamente la actividad global del individuo.

### **Especificación**

**Con poca conciencia de enfermedad.** Esta especificación puede emplearse cuando el individuo, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, no reconoce que sus obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

### *Síntomas y trastornos asociados*

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** Con frecuencia existe evitación de situaciones que se relacionan con el contenido de las obsesiones, como son la suciedad o la posibilidad de contraer enfermedades. Por ejemplo, un individuo obsesionado por la suciedad puede evitar las salas de espera públicas o estrechar las manos de las personas extrañas. Las preocupaciones hipocondríacas son frecuentes, traduciéndose en visitas repetidas al médico para que éste descarte cualquier enfermedad. También puede haber sensación de culpa, sentimientos patológicos de responsabilidad y trastornos del sueño. Cabe observar asimismo un consumo excesivo de alcohol o fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La realización de los actos compulsivos puede convertirse en una de las principales actividades diarias del individuo, traduciéndose en problemas conyugales, laborales o sociales. Los comportamientos permanentes de evitación pueden conducir a un confinamiento total del individuo en su propio hogar.

El trastorno obsesivo-compulsivo puede asociarse a trastorno depresivo mayor, otros trastornos de ansiedad (fobia específica, fobia social, trastorno de angustia), trastornos alimentarios y trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Existe una alta incidencia de trastorno obsesivo-compulsivo en el síndrome de la Tourette, con unas cifras que oscilan entre el 35 y el 50 %. Por el contrario, la incidencia de síndrome de la Tourette en individuos con trastorno obsesivo-compulsivo es menor, situándose los porcentajes entre el 5 y el 7 %. Un 20-30 % de los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo manifiestan la presencia actual o pasada de tics.

**Hallazgos de laboratorio.** No se han identificado hallazgos de laboratorio que permitan diagnosticar con seguridad un trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, se han observado alteraciones analíticas en grupos de individuos con trastorno obsesivo-compulsivo en comparación con grupos de control. Existen algunos trabajos que demuestran que la administración aguda de algunos agonistas de la serotonina aumenta los síntomas en algunos individuos que presentan el trastorno. A veces también se observa un aumento de la actividad vegetativa cuando el individuo se enfrenta, bajo control analítico, a situaciones que pueden desencadenar una obsesión. Esta reactividad fisiológica disminuye una vez puestos en práctica los actos compulsivos.

**Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas.** Pueden observarse problemas dermatológicos debidos a un uso excesivo de agua o detergentes cáusticos en los actos compulsivos de lavado o limpieza.

### *Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo*

Los comportamientos rituales acordes con el marco cultural no constituyen por sí mismos un trastorno obsesivo-compulsivo, a no ser que excedan estas normas culturales, tengan lugar en momentos o lugares considerados inapropiados por el resto de la comunidad e interfieran marcadamente en las relaciones sociales del individuo. Acontecimientos vitales importantes o pérdidas de seres queridos pueden conducir a una intensificación de los actos rituales, adquiriendo éstos la forma de obsesión a los ojos de un especialista ajeno al contexto cultural en que tienen lugar.

Los trastornos obsesivo-compulsivos en los niños suelen presentarse de forma similar a los de los adultos. Los rituales de lavado, comprobación y puesta en orden de objetos son particularmente frecuentes en los niños. Éstos no suelen pedir ayuda, y los síntomas pueden o no ser de carácter egodistónico. La mayor parte de veces el problema es detectado por los padres, que llevan al niño a la consulta. También se han visto casos de empobrecimiento gradual del rendimiento escolar secundario a una afectación de la capacidad para concentrarse. Al igual que los adultos, los niños

son más propensos a realizar los actos rituales en su casa que cuando están con compañeros, profesores o personas desconocidas.

El trastorno muestra una incidencia similar en varones y mujeres.

### ***Prevalencia***

Aunque antes se creía que el trastorno obsesivo-compulsivo era relativamente raro en la población general, estudios recientes han estimado una prevalencia global del 2,5 % y una prevalencia anual que se sitúa entre el 1,5 y el 2,1 %.

### ***Curso***

Aunque el trastorno obsesivo-compulsivo se suele iniciar en la adolescencia o a principios de la edad adulta, también puede hacerlo en la infancia. La edad modal de inicio es menor en los varones que en las mujeres: entre los 6 y 15 años para los varones, y entre los 20 y 29 años para las mujeres. La mayor parte de las veces la aparición del trastorno es de carácter gradual, si bien se han observado casos de inicio agudo. La mayoría de los individuos presentan un curso crónico con altas y bajas, con exacerbaciones de los síntomas que podrían estar relacionadas con acontecimientos estresantes. Alrededor del 15 % muestra un deterioro progresivo de las relaciones sociales y ocupacionales. Aproximadamente un 5 % sigue un curso de carácter episódico, con síntomas mínimos o ausentes en los períodos intercríticos.

### ***Patrón familiar***

La tasa de concordancia del trastorno obsesivo-compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que en los dicigotos. La incidencia de trastorno obsesivo-compulsivo en parientes de primer grado de individuos con síndrome de la Tourette es superior a la observada en la población general.

### ***Diagnóstico diferencial***

El trastorno obsesivo-compulsivo debe diferenciarse del **trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica**. Debe diagnosticarse esta última cuando las obsesiones o compulsiones se consideran una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad subyacente (v. pág. 448), lo cual se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física. El **trastorno de ansiedad relacionado con sustancias** se diferencia del trastorno obsesivo-compulsivo porque las obsesiones o compulsiones se consideran etiológicamente relacionadas con esta sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos).

Los pensamientos, impulsos, imágenes o comportamientos recurrentes o intrusos pueden aparecer en el contexto de muchos otros trastornos mentales. El diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo no debe efectuarse si el contenido de las ideas o rituales se relaciona exclusivamente con otro trastorno mental (p. ej., preocupación por la propia apariencia en el **trastorno dismórfico corporal**, inquietud por un objeto o situación temidos en la **fobia específica** o **social**, estiramiento del cabello en la **tricotilomanía**). El diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo puede seguir estando indicado si el contenido de las obsesiones o compulsiones no mantiene relación alguna con el trastorno mental concomitante.

En el **episodio depresivo mayor** la constante cavilación sobre acontecimientos potencialmente desagradables o sobre posibles acciones alternativas es una característica frecuente y se considera un aspecto de la depresión congruente con el estado de ánimo más que un síntoma de trastorno obsesivo-compulsivo. Por ejemplo, un individuo deprimido que dedica todo el tiempo a pensar en lo inútil e insignificante que resulta su existencia no debe considerarse que tiene obsesiones, ya que estas ideas no revisten carácter egodistónico.

El **trastorno de ansiedad generalizada** se caracteriza por preocupaciones excesivas, que se diferencian de las obsesiones por el hecho de que el individuo las experimenta como una inquietud excesiva referente a circunstancias de la vida real. Por ejemplo, una inquietud excesiva por la posibilidad de perder el empleo es una preocupación, no una obsesión. En cambio, el contenido de las obsesiones no suele versar sobre problemas de la vida real, y el individuo las considera inapropiadas (p. ej., la idea perturbadora e intrusa de que «*God*» (en inglés «Dios»), es igual a «*dog*» (en inglés «perro») deletreado al revés).

Si estas ideas perturbadoras de carácter recurrente se relacionan exclusivamente con el miedo a padecer o estar padeciendo una enfermedad importante y este miedo deriva de la incorrecta interpretación de síntomas físicos, en vez de un trastorno obsesivo-compulsivo debe diagnosticarse una **hipocondría**. Sin embargo, si la preocupación por tener una enfermedad se acompaña de rituales como lavados o comprobaciones excesivas por el miedo a empeorar o bien a contagiar dicha enfermedad a los demás, puede estar indicado el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo. Si existe una preocupación prominente por contraer la enfermedad (más que por padecerla) y no hay comportamiento ritual alguno, el diagnóstico más apropiado es **fobia específica** a la enfermedad.

La capacidad de estos individuos para reconocer que las obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales se manifiesta a lo largo de un *continuum*. En ocasiones en el trastorno obsesivo-compulsivo el sentido de la realidad puede haberse perdido y la obsesión adquiere a veces dimensiones delirantes (p. ej., la creencia de que uno es el responsable de la muerte de otro individuo por el simple hecho de haberla deseado en algún momento). En estos casos la presencia de síntomas psicóticos puede hacerse constar mediante el diagnóstico adicional de **trastorno delirante** o **trastorno psicótico no especificado**. La especificación con poca conciencia de enfermedad puede ser útil en las situaciones que se encuentran a medio camino entre la obsesión y el delirio (p. ej., un individuo cuya preocupación por contraer una enfermedad, aunque exagerada, es menos intensa que en el trastorno delirante y se justifica por la ubicuidad innegable de los gérmenes).

Las ideas delirantes de carácter recurrente y los comportamientos estereotipados extraños que se observan en la **esquizofrenia** se diferencian de las obsesiones y compulsiones por el hecho de no revestir carácter egodistónico y no ser congruentes con la realidad. No obstante, algunos individuos presentan síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo y esquizofrenia a la vez, lo que justifica el diagnóstico simultáneo de ambos trastornos.

Los tics (en el **trastorno de tics**) y los movimientos estereotipados (en el **trastorno de movimientos estereotipados**) deben diferenciarse de las obsesiones. El *tic* se define como un movimiento o una vocalización bruscos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados (p. ej., parpadeo, protrusión lingual, aclaramiento de la garganta). Un *movimiento estereotipado* se define como un comportamiento motor repetitivo, no funcional y aparentemente impulsivo (p. ej., darse golpes en la cabeza, tambalearse, morderse a uno mismo). A diferencia de los actos compulsivos, los tics y los movimientos estereotipados son típicamente menos complejos y no tienen como objetivo neutralizar una obsesión. Algunos individuos presentan síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de tics a la vez, lo que puede justificar el diagnóstico simultáneo de ambos trastornos.

Algunas actividades como comer (p. ej., **trastornos alimentarios**), el comportamiento sexual (p. ej., **parafilias**), el juego (p. ej., **juego patológico**) o el consumo de sustancias (p. ej., **depen-**



**dencia o abuso de alcohol**), han recibido la calificación de «compulsivas» cuando se llevan a cabo de forma excesiva. Sin embargo, y según la definición recogida en este manual, no pueden considerarse compulsiones toda vez que la persona suele obtener placer a través de dichas actividades y muchos desean abandonarlas debido a sus consecuencias perjudiciales.

Aunque el **trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad** y el trastorno obsesivo-compulsivo comparten semejanzas nominales, las manifestaciones clínicas de estos trastornos son bastante diferentes. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad no se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones; el individuo, ya al principio de la edad adulta, está permanentemente preocupado por el orden, el perfeccionismo y el control. Si el individuo presenta síntomas de ambos trastornos, puede estar indicado el diagnóstico simultáneo de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y trastorno obsesivo-compulsivo.

Las **supersticiones** y los **comportamientos repetidos de comprobación** son frecuentes en la vida cotidiana. En estos casos sólo debe considerarse el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo si aquéllos suponen una pérdida diaria de tiempo significativa o dan lugar a un acusado deterioro de la actividad global del individuo o a un malestar clínicamente significativo.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el trastorno obsesivo-compulsivo distinguen obsesiones de compulsiones en función de si se trata de pensamientos, ideas o imágenes (obsesiones) o actos (compulsiones). En cambio, el DSM-IV establece esta diferencia dependiendo de si el pensamiento, idea o imagen produce ansiedad o malestar, o si previene o reduce dichos síntomas. Por lo tanto, según el DSM-IV, pueden existir compulsiones de tipo cognoscitivo, que serían consideradas obsesiones según la CIE-10. Además, los criterios diagnósticos de la CIE especifican una duración mínima de los síntomas de por lo menos 2 semanas.

#### ■ **Criterios para el diagnóstico de F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo [300.3]**

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

*Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):*

- (1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
- (2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
- (3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
- (4) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

*(continúa)*

**Criterios para el diagnóstico de F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo [300.3] (continuación)**

*Las compulsiones se definen por (1) y (2):*

- (1) comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
  - (2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos
- B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. **Nota:** Este punto no es aplicable en los niños.
- C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.
- D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilía o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).
- E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

*Especificar si:*

- Con poca conciencia de enfermedad:** si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales

### F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]

#### *Características diagnósticas*

La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático

co, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves (Criterio A1). La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado) (Criterio A2). El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático (Criterio B), de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo (Criterio C), y de síntomas persistentes de activación (*arousal*) (Criterio D). El cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes (Criterio E) y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio F).

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (aunque no de forma exclusiva) los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades) ser secuestrado, ser tomado como rehén, torturas, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves, o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales. En los niños, entre los acontecimientos traumáticos de carácter sexual pueden incluirse las experiencias sexuales inapropiadas para la edad aun en ausencia de violencia o daño reales. Entre los acontecimientos traumáticos que pueden provocar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (aunque no de forma exclusiva) la observación de accidentes graves o muerte no natural de otras personas a causa de la guerra, accidentes, ataques violentos, desastres o ser testigo inesperado de muertes, amputaciones o fragmentación de cuerpo. Los acontecimientos traumáticos experimentados por los demás y que al ser transmitidos al individuo pueden producir en él un trastorno por estrés postraumático comprenden (aunque no de forma exclusiva) actos terroristas, accidentes graves o heridas de envergadura vividos por un familiar o un amigo cercano, o la constancia de que el propio hijo padece una enfermedad muy grave. El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos (p. ej., torturas, violaciones). La probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante.

El acontecimiento traumático puede ser reexperimentado de varias maneras. Normalmente, el individuo tiene recuerdos recurrentes e intrusos (Criterio B1) o pesadillas recurrentes en las que el acontecimiento vuelve a suceder (Criterio B2). En algunos casos, por otra parte muy poco frecuentes, el individuo experimenta estados disociativos que pueden durar de pocos segundos a varias horas, o incluso días, durante los cuales se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si en ese momento se encontrara en él (Criterio B3). Cuando el individuo se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático (p. ej., aniversarios del suceso, clima frío y nevado o guardias uniformados en los supervivientes de los campos de la muerte; clima cálido y húmedo en veteranos de la guerra del Sur del Pacífico; entrar en cualquier ascensor en una mujer que fue violada en uno de ellos), suele experimentar un malestar psicológico intenso (Criterio B4) o respuestas de tipo fisiológico (Criterio B5).

Los estímulos asociados al acontecimiento traumático acaban siendo persistentemente evitados. El individuo suele hacer esfuerzos deliberados para evitar caer en pensamientos, sentimientos o mantener conversaciones sobre el suceso (Criterio C1) y para eludir actividades, situaciones o personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él (Criterios C2). En este comportamiento de evitación puede incluirse la amnesia total de un aspecto puntual del acontecimiento (Criterio C3). La disminución de la reactividad al mundo exterior, denominada «embotamiento psíquico» o

«anestesia amocional», suele aparecer poco después de que tenga lugar el acontecimiento traumático. El individuo puede manifestar una acusada disminución del interés o participación en actividades que antes le resultaban gratificantes (Criterio C4), una sensación de alejamiento o enajenación de los demás (Criterio C5) o una acusada disminución de la capacidad para sentir emociones (especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad) (Criterio C6). El individuo puede describir una sensación de futuro desolador (p. ej., no creer en la posibilidad de obtener un trabajo, casarse, formar una familia o, en definitiva, de llevar a cabo una vida normal) (Criterio C7).

El sujeto con este trastorno padece constantemente síntomas de ansiedad o aumento de la activación (*arousal*) que no existían antes del trauma. Entre estos síntomas cabe citar la dificultad para conciliar o mantener el sueño, que puede deberse a pesadillas recurrentes donde se revive el acontecimiento traumático (Criterio D1), hipervigilancia (Criterio D4) y respuestas exageradas de sobresalto (Criterio D5). Algunos individuos manifiestan irritabilidad o ataques de ira (Criterio D2) o dificultades para concentrarse o ejecutar tareas (Criterio D3).

### ***Especificación***

Las siguientes especificaciones pueden utilizarse para concretar el inicio y la duración de los síntomas del trastorno por estrés postraumático:

**Agudo.** Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.

**Crónico.** Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.

**De inicio demorado.** Esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

### ***Síntomas y trastornos asociados***

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** Los individuos con trastorno por estrés postraumático pueden sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida. En otras ocasiones las actividades que simulan o simbolizan el trauma original interfieren acusadamente con sus relaciones interpersonales, lo que puede dar lugar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida del empleo. Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (p. ej., abusos sexuales o físicos en niños, peleas familiares, secuestros, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, torturas), puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad; retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás, y alteración de las características de personalidad previas.

En este trastorno puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastorno relacionado con sustancias. También queda por aclarar hasta qué punto estos trastornos preceden o siguen al inicio del trastorno por estrés postraumático.

**Hallazgos de laboratorio.** El aumento de la activación (*arousal*) puede ser cuantificado mediante estudios de actividad vegetativa (p. ej., frecuencia cardíaca, electromiografía, secreción de las glándulas sudoríparas).

**Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas.** A consecuencia del acontecimiento traumático pueden aparecer enfermedades médicas (p. ej., traumatismos craneoencefálicos, quemaduras).

### *Síntomas dependientes de la cultura y la edad*

Las personas que han emigrado recientemente de áreas con disturbios sociales y conflictos civiles importantes pueden presentar una mayor incidencia de trastorno por estrés postraumático. Estos individuos pueden mostrarse especialmente reacios a divulgar sus experiencias relativas a torturas y traumatismos debido a la vulnerabilidad de su *status* político como inmigrantes. Para diagnosticar y tratar correctamente a estos individuos suele requerirse una valoración específica de sus experiencias traumáticas.

En los niños mayores las pesadillas perturbadoras sobre el acontecimiento traumático pueden convertirse, al cabo de varias semanas, en pesadillas generalizadas, donde pueden aparecer monstruos, rescates espectaculares o amenazas sobre ellos mismos o sobre los demás. Los niños no suelen tener la sensación de revivir el pasado; de hecho, la reexperimentación del trauma puede reflejarse en juegos de carácter repetitivo (p. ej., un niño que se vio implicado en un grave accidente de tráfico lo recrea en sus juegos haciendo chocar sus coches de juguete). Puesto que para un niño puede ser difícil expresar la disminución del interés por las actividades importantes y el embotamiento de sus sentimientos y afectos, estos síntomas deben ser objeto de una cuidadosa valoración mediante el testimonio de los padres, profesores y otros observadores. En los niños la sensación de un futuro desolador puede traducirse en la creencia de que su vida no durará tanto como para llegar a adulto. También puede producirse la «elaboración de profecías», es decir, la creencia en una especial capacidad para pronosticar futuros acontecimientos desagradables. Los niños pueden presentar varios síntomas físicos como dolores de estómago y de cabeza.

### *Prevalencia*

Los estudios basados en la comunidad revelan que la prevalencia global del trastorno por estrés postraumático oscila entre el 1 y el 14 %, explicándose esta variabilidad por los criterios diagnósticos empleados y el tipo de población objeto de estudio. En estudios sobre individuos de riesgo (p. ej., veteranos de guerra, víctimas de erupciones volcánicas o atentados terroristas) pueden encontrarse cifras de prevalencia que van del 3 al 58 %.

### *Curso*

El trastorno por estrés postraumático puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, si bien puede haber un lapso temporal de meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto. Con frecuencia, la alteración reúne inicialmente los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo (v. pág. 440). Los síntomas del trastorno y la predominancia relativa de la reexperimentación, comportamiento de evitación, y síntomas de activación (*arousal*) pueden variar ampliamente a lo largo del tiempo. La duración de los síntomas muestra considerables variaciones; la mitad de los casos suele recuperarse completamente en los primeros 3 meses; en otras ocasiones todavía pueden persistir algunos síntomas más allá de los 12 meses posteriores al acontecimiento traumático.

La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan las probabilidades de presentar el trastorno. Exis-

ten algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno por estrés postraumático. Este trastorno puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento es extremadamente traumático.

### *Diagnóstico diferencial*

En el trastorno por estrés postraumático el factor estresante debe revestir suma gravedad (p. ej., un peligro para la vida). En cambio, en el **trastorno adaptativo** el factor estresante puede tener cualquier intensidad. El diagnóstico de trastorno adaptativo es apropiado tanto cuando las respuestas a un desencadenante extremo no reúnen los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático (o cualquier otro trastorno mental específico) como cuando el cuadro sintomático típico de trastorno por estrés postraumático aparece en respuesta a desencadenantes no excesivamente importantes (p. ej., abandono del cónyuge, pérdida del puesto de trabajo).

No todos los síntomas psicopatológicos que aparecen en individuos expuestos a un factor estresante de carácter extremo deben atribuirse necesariamente a un trastorno por estrés postraumático. Los **síntomas de evitación, embotamiento emocional y aumento de la activación (*arousal*) previos al acontecimiento traumático** no reúnen los criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático y deben ser diagnosticados como secundarios a otros trastornos (p. ej., un trastorno del estado de ánimo u otros trastornos de ansiedad). Es más, si el cuadro sintomático, pese a aparecer como respuesta a un factor estresante de carácter extremo, reúne los criterios de **otro trastorno mental** (p. ej., trastorno psicótico breve, trastorno de conversión, trastorno depresivo mayor), en vez de un trastorno por estrés postraumático, o además de él, debe diagnosticarse el otro trastorno mental.

El **trastorno por estrés agudo** se diferencia del trastorno por estrés postraumático porque el cuadro sintomático del primero debe aparecer y resolverse en las primeras 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático. Si los síntomas persisten más de 1 mes y reúnen los criterios de trastorno por estrés postraumático, debe cambiarse el diagnóstico de trastorno por estrés agudo por el de trastorno por estrés postraumático.

En el **trastorno obsesivo-compulsivo** hay pensamientos intrusos de carácter recurrente, si bien el individuo los reconoce como inapropiados y no se relacionan con la experiencia de un acontecimiento traumático. Los *flashbacks* típicos del trastorno por estrés postraumático deben distinguirse de las ilusiones, alucinaciones y otras alteraciones perceptivas que pueden aparecer en la **esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, delirium, trastornos relacionados con sustancias y trastorno psicóticos debidos a enfermedad médica**.

Cuando están por medio compensaciones económicas, selecciones o determinaciones forenses, debe descartarse siempre la **simulación**.

### *Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10*

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el trastorno por estrés postraumático proponen un criterio distinto para valorar el carácter estresante de una situación o acontecimiento determinados: éstos deben tener una «naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica, susceptible de provocar un malestar permanente en prácticamente cualquier individuo». El diagnóstico de la CIE-10 difiere del propuesto en el DSM-IV, ya que el Criterio D de este último (es decir, síntomas por aumento de la activación) no se considera indispensable, pudiendo ser

sustituido por la incapacidad de recordar aspectos importantes del trauma. A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 no establecen una duración mínima de los síntomas.

### ■ Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
- (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
  - (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
- (1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
  - (2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. **Nota:** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
  - (3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). **Nota:** Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico
  - (4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
  - (5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
  - (2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

(continúa)

**Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81] (continuación)**

- (3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- (4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
- (5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- (6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
- (7) sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
- (2) irritabilidad o ataques de ira
- (3) dificultades para concentrarse
- (4) hipervigilancia
- (5) respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar si:*

**Agudo:** si los síntomas duran menos de 3 meses

**Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más

*Especificar si:*

**De inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

### **F43.0 Trastorno por estrés agudo [308.3]**

#### ***Características diagnósticas***

La característica esencial del trastorno por estrés agudo es la aparición de ansiedad, síntomas disociativos y de otro tipo que tiene lugar durante el mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático de carácter extremo (Criterio A). Para más detalles sobre los tipos de acontecimientos estresantes, véase la descripción del trastorno por estrés postraumático (pág. 434). En el mismo momento del trastorno o con posterioridad a él, el individuo presenta al menos tres de los siguientes síntomas disociativos: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad que le rodea; desrealización; despersonalización, y amnesia disociativa (Criterio B). Des-



pués del acontecimiento traumático, éste es revivido de forma recurrente (Criterio C); el individuo presenta un acusado comportamiento de evitación de aquellos estímulos que pueden hacer aflorar recuerdos del trauma (Criterio D) y presenta síntomas significativos de ansiedad o aumento de activación (*arousal*) (Criterio E). Los síntomas provocan un malestar clínico significativo, interfieren acusadamente la actividad del individuo, o afectan notablemente a su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables (Criterio F). Estas alteraciones duran por lo menos 2 días y no se prolongan más allá de las 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático (Criterio G). El cuadro no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no pueden explicarse mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno mental preexistente (Criterio H).

Como respuesta al acontecimiento traumático el individuo presenta síntomas disociativos. Los sujetos con trastorno por estrés agudo muestran una disminución de la reactividad emocional, lo cual suele traducirse en una dificultad o imposibilidad para encontrar placer en actividades que antes resultaban gratificantes y con frecuencia en un sentimiento de culpabilidad. A veces el individuo tiene dificultades para concentrarse, tiene la sensación de estar separado de su cuerpo, experimenta el mundo como irreal o fantástico o nota una progresiva incapacidad para recordar detalles específicos del acontecimiento traumático (amnesia disociativa). Además, debe haber por lo menos un síntoma de cada grupo de síntomas requeridos para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático. Al principio, el acontecimiento traumático es revivido repetidamente (p. ej., recuerdos, imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de *flashback*, sensación de estar reviviendo el suceso o aparición de malestar al exponerse a estímulos que recuerdan el trauma). Después, estos estímulos (p. ej., lugares, personas, actividades) propician comportamientos de evitación. Por último, aparece un aumento de la activación (*arousal*) (p. ej., dificultad para dormir, irritabilidad, falta de concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto e inquietud motora) como respuesta a estos estímulos.

### *Síntomas y trastornos asociados*

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** En el trastorno por estrés agudo pueden aparecer síntomas de desesperación y desesperanza, que en ocasiones son lo suficientemente intensos y persistentes como para cumplir los criterios del trastorno depresivo mayor, en cuyo caso es pertinente registrar éste como diagnóstico adicional. Si el acontecimiento traumático produjo la muerte o heridas graves a otras personas, el individuo puede sentirse culpable por haber salido ileso o no haber prestado la suficiente ayuda a los demás. Los individuos con este trastorno suelen verse a sí mismos como los grandes responsables de las consecuencias de lo acaecido. Poco después del trauma, y debido a la negligencia que muestra el individuo por temas tan básicos como la salud o la propia seguridad, pueden surgir múltiples problemas. Los individuos con este trastorno presentan un mayor riesgo de desarrollar un trastorno por estrés postraumático. Asimismo, después del trauma puede haber comportamientos de riesgo o de carácter impulsivo.

**Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas.** A consecuencia del acontecimiento traumático pueden existir enfermedades médicas (p. ej., traumatismos craneoencefálicos, quemaduras).

### *Síntomas dependientes de la cultura*

Aunque algunos acontecimientos suelen ser vividos traumáticamente por la mayoría de personas, la intensidad y el tipo de las respuestas pueden estar modulados por las diferencias culturales

en el valor que se da a las pérdidas humanas. También pueden existir estrategias de adaptación características de culturas específicas. Por ejemplo, los síntomas disociativos pueden presidir las respuestas agudas de estrés en aquellas culturas en que este tipo de comportamientos está sancionado. Para más detalles sobre los factores culturales relacionados con los acontecimientos traumáticos, véase la página 437.

### *Prevalencia*

La prevalencia del trastorno por estrés agudo en la población expuesta a acontecimientos traumáticos de carácter extremo depende de la intensidad y persistencia del trauma y del grado de exposición a éste.

### *Curso*

Los síntomas del trastorno por estrés agudo se experimentan durante o inmediatamente después del trauma, duran como mínimo 2 días y, o bien se resuelven en las 4 primeras semanas después del acontecimiento traumático, o bien el diagnóstico debe ser sustituido. Cuando los síntomas persisten más de 1 mes, puede estar indicado el diagnóstico de trastorno por estrés posttraumático si se cumple la totalidad de sus criterios diagnósticos. La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático son los factores más importantes en relación con la posibilidad de presentar un trastorno por estrés agudo. Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de la personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno por estrés agudo. Este trastorno puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento resulta muy traumático.

### *Diagnóstico diferencial*

Algunos de los síntomas que aparecen después de un acontecimiento traumático de gran intensidad son comprensibles y razonables, de modo que no deben considerarse un trastorno por estrés agudo. Este diagnóstico sólo debe establecerse si los síntomas duran al menos 2 días y provocan un malestar clínico significativo, interfieren acusadamente con la actividad del individuo o afectan de modo notable su capacidad para realizar tareas indispensables (p. ej., obtener la asistencia necesaria o movilizar recursos humanos informando a la familia de lo que ha sucedido).

El trastorno por estrés agudo debe diferenciarse del **trastorno mental debido a enfermedad médica** (p. ej., traumatismo craneoencefálico) (v. pág. 171) y del **trastorno relacionado con sustancias** (p. ej., en la intoxicación por alcohol) (v. pág. 198), que también constituyen frecuentes consecuencias de la exposición a agentes estresantes de carácter extremo. En algunos individuos aparecen síntomas psicóticos después de acontecimientos de este tipo. En tales casos el diagnóstico apropiado es **trastorno psicótico breve** en vez de trastorno por estrés agudo. Si después del trauma aparece un **episodio depresivo mayor**, debe considerarse el diagnóstico adicional de trastorno depresivo mayor además del de trastorno por estrés agudo. No debe establecerse el diagnóstico aislado de trastorno por estrés agudo si los síntomas reflejan una **exacerbación de un trastorno mental preexistente**.

Por definición, sólo debe establecerse el diagnóstico de trastorno por estrés agudo si los síntomas aparecen durante el primer mes que sigue al acontecimiento traumático, reservando el término **trastorno por estrés posttraumático** para los síntomas que se prolongan más de 4 semanas.

En los individuos diagnosticados de trastorno por estrés agudo que al cabo del primer mes siguen presentando el cuadro sintomático, debe considerarse el diagnóstico de trastorno por estrés post-traumático. En los individuos que experimentan un acontecimiento extremadamente traumático, pero presentan un cuadro sintomático que no reúne los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo, debe considerarse el diagnóstico de **trastorno adaptativo**.

Cuando están por medio compensaciones económicas, selecciones o determinaciones forenses, debe descartarse siempre la **simulación**.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la reacción de estrés aguda difieren de los del DSM-IV en diversos aspectos: 1) se incluyen los síntomas primarios de ansiedad; 2) los síntomas deben aparecer en la primera hora de haber tenido lugar el acontecimiento o situación estresante, y 3) los síntomas deben empezar a remitir no más allá de las 8 horas para acontecimientos estresantes transitorios o de las 48 horas para los más prolongados. A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 no exigen la presencia de síntomas disociativos o de reexperimentación persistente del acontecimiento estresante.

#### ■ **Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo [308.3]**

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
- (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
  - (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos
- B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
- (1) sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
  - (2) reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
  - (3) desrealización
  - (4) despersonalización
  - (5) amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)
- C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de *flashback* recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

(continúa)

**Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo [308.3] (continuación)**

- D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (*arousal*) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.

**F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]  
(incluye el trastorno por ansiedad excesiva infantil)**

***Características diagnósticas***

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones (Criterio A). El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación (Criterio B). La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (en los niños basta con la presencia de uno de estos síntomas adicionales) (Criterio C). Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos del Eje I, como el temor a sufrir una crisis de angustia (trastorno de angustia), el miedo a quedar mal en público (fobia social), a contraer una enfermedad (trastorno obsesivo-compulsivo), a estar alejado de casa o de las personas queridas (trastorno por ansiedad de separación), a engordar (anorexia nerviosa), a tener múltiples síntomas físicos (trastorno de somatización) o a padecer una grave enfermedad (hipocondría) y la ansiedad y la preocupación no aparecen únicamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático (Criterio D). Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro so-

cial, laboral o de otras áreas importantes de actividad (Criterio E). Esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos) o a una enfermedad médica general y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (Criterio F).

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquéllas completamente. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor (p. ej., las faenas domésticas, la reparación del automóvil o el llegar tarde a las reuniones). Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse por su rendimiento o la calidad de sus actuaciones. Durante el curso del trastorno el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otros.

### *Síntomas y trastornos asociados*

A la tensión muscular que presentan estos individuos pueden añadirse temblores, sacudidas, inquietud motora, y dolores o entumecimientos musculares. Muchos individuos con trastorno de ansiedad generalizada también pueden presentar síntomas somáticos (p. ej., manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas o diarreas, polaquiuria, problemas para tragar o quejas de tener «algo en la garganta») y respuestas de sobresalto exageradas. Los síntomas depresivos también son frecuentes.

El trastorno de ansiedad generalizada suele coexistir con trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor o trastorno distímico), con otros trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de angustia, fobia social, fobia específica) y con trastornos relacionados con sustancias (p. ej., dependencia o abuso de alcohol o sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). Otros trastornos normalmente asociados al estrés (p. ej., síndrome del colon irritable, dolores de cabeza) acompañan con bastante frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada.

### *Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo*

Existen considerables variaciones culturales en cuanto a la expresión de la ansiedad (p. ej., en algunas culturas la ansiedad se expresa a través de síntomas predominantemente somáticos, y en otras a través de síntomas cognoscitivos). Es importante tener en cuenta el contexto cultural a la hora de evaluar el carácter excesivo de algunas preocupaciones.

En los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y las preocupaciones suelen hacer referencia al rendimiento o la competencia en el ámbito escolar o deportivo, incluso cuando estos individuos no son evaluados por los demás. A veces la puntualidad es el tema que centra las preocupaciones excesivas. Otras veces son los fenómenos catastróficos, como los terremotos o la guerra nuclear. Los niños que presentan el trastorno pueden mostrarse abiertamente conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos por una excesiva insatisfacción a la vista de que los resultados no llegan a la perfección. Al perseguir la aprobación de los demás pueden mostrar un recelo característico; necesitan asegurarse de forma excesiva de la calidad de su rendimiento o de otros aspectos que motivan su preocupación.

El trastorno es ligeramente más frecuente en mujeres que en varones cuando se estudian muestras de centros asistenciales (aproximadamente el 55-60 % de los diagnósticos se efectúan en mu-

jeros). En estudios epidemiológicos de población general la relación de sexos es de dos tercios a favor de las mujeres.

### *Prevalencia*

En muestras de población general la prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada se sitúa en el 3 % aproximadamente, mientras que la prevalencia global llega hasta el 5 %. En los centros médicos para trastornos de ansiedad aproximadamente el 12 % de los individuos presenta un trastorno de ansiedad generalizada.

### *Curso*

Muchos individuos con trastorno de ansiedad generalizada se consideran ansiosos o nerviosos de toda la vida. Aunque más de la mitad de los que acuden a la consulta manifiestan que el trastorno de ansiedad generalizada empezó en la segunda infancia o la adolescencia, no es raro que el trastorno se inicie a partir de los 20 años de edad. El curso es de carácter crónico, pero fluctuante, con frecuentes agravamientos coincidiendo con períodos de estrés.

### *Patrón familiar*

La ansiedad como rasgo muestra una evidente incidencia familiar. Se han descrito hallazgos todavía inconsistentes que muestran un patrón familiar para el trastorno de ansiedad generalizada, aunque la mayoría de ellos no han sido capaces de demostrar un patrón concreto de agregación familiar.

### *Diagnóstico diferencial*

El trastorno de ansiedad generalizada debe diferenciarse del **trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica**, en el que los síntomas se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente (p. ej., feocromocitoma, hipertiroidismo) (v. pág. 448). Este diagnóstico diferencial debe basarse en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física. El **trastorno de ansiedad inducido por sustancias** se diferencia del trastorno de ansiedad generalizada por el hecho de que la sustancia (p. ej., drogas, fármacos y tóxicos) se considera etiológicamente relacionada con los síntomas de ansiedad (v. pág. 451). Por ejemplo, la ansiedad de carácter intenso que sólo aparece coincidiendo con grandes ingestas de productos que contienen cafeína debe diagnosticarse de trastorno de ansiedad inducido por la cafeína, con ansiedad generalizada.

Si hay otro trastorno del Eje I, el diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad generalizada sólo debe considerarse cuando el origen de la ansiedad y de la preocupación no está relacionado con el trastorno subyacente, es decir, la inquietud excesiva del individuo no se relaciona con la posibilidad de sufrir una crisis de angustia (como en el **trastorno de angustia**), pasarlo mal en público (como en la **fobia social**), contraer una enfermedad (como en el **trastorno obsesivo-compulsivo**), engordar (como en la **anorexia nerviosa**), padecer una grave enfermedad (como en la **hipocondría**) o la preocupación por el bienestar de las personas queridas o por el hecho de estar alejado de ellas o de casa (como en el **trastorno de ansiedad por separación**). Por ejemplo, la ansiedad en la fobia social se centra en futuras situaciones sociales en las que el individuo debe

actuar en público o ser evaluado por los demás, mientras que las personas con trastorno de ansiedad generalizada experimentan ansiedad sean o no objeto de evaluación.

Varias características distinguen las preocupaciones excesivas del trastorno de ansiedad generalizada de las **ideas obsesivas** del trastorno obsesivo-compulsivo. Los pensamientos de carácter obsesivo no constituyen meras preocupaciones por problemas diarios de la vida real, sino más bien intrusismos egodistónicos que suelen tomar la forma de urgencias, imágenes e impulsos añadidos a estos pensamientos. Finalmente, la mayoría de las obsesiones se acompañan de actos compulsivos cuyo propósito es reducir la ansiedad que generan dichas obsesiones.

La ansiedad se encuentra invariablemente presente en el **trastorno por estrés postraumático**. No debe diagnosticarse un trastorno de ansiedad generalizada si esta ansiedad sólo se pone de manifiesto en el curso de un trastorno por estrés postraumático. También puede aparecer ansiedad en el **trastorno adaptativo**, si bien esta categoría es de carácter residual y sólo debe utilizarse cuando no se cumplen los criterios diagnósticos de cualquier otro trastorno de ansiedad (incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada). Es más, en el trastorno adaptativo la ansiedad aparece como respuesta a estresantes vitales y no se prolonga más de 6 meses después de la desaparición de la situación estresante o de sus consecuencias. La ansiedad generalizada es una característica frecuente de los **trastornos del estado de ánimo** y de los **trastornos psicóticos**, y no debe diagnosticarse de forma independiente si sólo aparece coincidiendo con alguno de estos trastornos.

Varios aspectos distinguen el trastorno de ansiedad generalizada de la **ansiedad no patológica**. En primer lugar, las preocupaciones del trastorno de ansiedad generalizada son difíciles de controlar e interfieren típicamente y significativamente en la actividad general del individuo, mientras que las preocupaciones normales de la vida diaria son más controlables e incluso pueden dejarse para otro momento. En segundo lugar, las preocupaciones del trastorno de ansiedad generalizada son más permanentes, intensas, perturbadoras y duraderas, apareciendo a menudo en ausencia de factores desencadenantes. Cuantas más preocupaciones tenga el individuo (económicas, salud de los hijos, rendimiento laboral, reparación del automóvil), más probable es el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. Por último, las preocupaciones normales de la vida diaria no suelen acompañarse de síntomas físicos (p. ej., fatiga excesiva, inquietud motora, impaciencia, irritabilidad), aunque esto es menos cierto en los niños.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el trastorno de ansiedad generalizada exigen la presencia de 4 síntomas de 22 (entre los cuales se incluyen 5 de los 6 síntomas que contiene el DSM-IV).

#### ■ **Criterios para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]**

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

*(continúa)*

**Criterios para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02] (continuación)**

- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). **Nota:** En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
- (1) inquietud o impaciencia
  - (2) fatigabilidad fácil
  - (3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
  - (4) irritabilidad
  - (5) tensión muscular
  - (6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipcondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

#### **F06.4 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica [293.89]**

##### ***Características diagnósticas***

La característica esencial de este trastorno es la existencia de ansiedad clínicamente significativa que se considera secundaria a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. Entre los síntomas cabe incluir ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones (Criterio A). Para efectuar el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica debe existir una historia clínica, una exploración física y unos hallazgos de laboratorio que confirmen que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica



(Criterio B). La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental como el trastorno adaptativo con ansiedad, en el que el agente estresante está constituido por la propia enfermedad médica (Criterio C). No debe efectuarse este diagnóstico si los síntomas de ansiedad aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium (Criterio D). Los síntomas de ansiedad provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E).

Para determinar si los síntomas de ansiedad se deben a una enfermedad médica, el clínico ha de establecer, en primer lugar, la presencia de esta enfermedad. Debe determinar asimismo el mecanismo fisiológico por el cual esa enfermedad médica puede ser considerada responsable de los síntomas de ansiedad. Para ello es fundamental realizar una extensa y cuidadosa valoración de múltiples factores. Aunque no existen procedimientos infalibles para determinar con seguridad la relación entre el proceso y el cuadro sintomático, pueden ser de utilidad algunas consideraciones. La primera hace referencia a la asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y los síntomas de ansiedad. Otra consideración es la presencia de rasgos atípicos de un trastorno de ansiedad primario (p. ej., edad de inicio o curso atípicos, ausencia de historia familiar). A veces es útil la búsqueda de pruebas documentales en la literatura que sugieran una relación directa entre la enfermedad médica en cuestión y la aparición de síntomas de ansiedad. Además, el clínico también debe establecer que esta alteración no puede explicarse mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad primario, un trastorno de ansiedad inducido por sustancias u otros trastornos mentales primarios (p. ej., trastorno adaptativo). Estas determinaciones se exponen con mayor detalle en la sección «Trastornos mentales debidos a enfermedad médica» (pág. 171).

### *Especificaciones*

Pueden emplearse las siguientes especificaciones para indicar qué tipo de cuadro sintomático predomina en el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica:

**Con ansiedad generalizada.** Esta especificación puede utilizarse cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

**Con crisis de angustia.** Esta especificación puede utilizarse cuando predominan las crisis de angustia (v. pág. 402).

**Con síntomas obsesivo-compulsivos.** Esta especificación puede utilizarse cuando predominan obsesiones o compulsiones.

### *Procedimiento de tipificación*

Al registrar el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, el clínico debe anotar en primer lugar la presencia del trastorno de ansiedad, después la enfermedad médica que se considera responsable de la alteración y, finalmente, la especificación apropiada para indicar el cuadro sintomático predominante en el Eje I (p. ej., F06.4 Trastorno de ansiedad debido a tirotoxicosis, con ansiedad generalizada [293.09]). En el Eje III también debe anotarse el código diagnóstico de la enfermedad médica (p. ej., E05.9 Tirotoxicosis [242.9]).

### *Enfermedades médicas asociadas*

Una amplia gama de enfermedades médicas puede producir síntomas de ansiedad, por ejemplo, enfermedades endocrinas (p. ej., hiper e hipotiroidismo, feocromocitoma, hipoglucemia, hi-

peradrenocorticismo), enfermedades cardiovasculares (p. ej., insuficiencia cardíaca congestiva, embolismo pulmonar, arritmias), enfermedades respiratorias (p. ej., enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, hiperventilación), enfermedades metabólicas (p. ej., déficit de vitamina B<sub>12</sub>, porfirias) y enfermedades neurológicas (p. ej., neoplasias, trastornos vestibulares, encefalitis). Los hallazgos de la exploración física y de laboratorio, y los patrones de prevalencia o inicio de este trastorno corresponden a los de la enfermedad médica responsable del cuadro.

### *Diagnóstico diferencial*

Cuando los síntomas de ansiedad aparecen exclusivamente en el transcurso de un **delirium**, no debe realizarse el diagnóstico independiente de trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. Si en el cuadro clínico aparece una constelación de diferentes síntomas (p. ej., alteraciones del estado de ánimo y síntomas de ansiedad), la especificación del tipo concreto de trastorno mental debido a enfermedad médica dependerá de qué grupo de síntomas predomine en el cuadro clínico general.

Si hay confirmación de un consumo reciente y prolongado de determinada sustancia (incluyendo fármacos con efectos psicoactivos), del abandono de cualquier otra sustancia o de la exposición a agentes tóxicos, debe considerarse el diagnóstico de **trastorno de ansiedad relacionado con sustancias**. En ocasiones es útil la práctica de un *screening* de fármacos en orina o en sangre u otras exploraciones analíticas apropiadas. Los síntomas que aparecen durante o poco después (p. ej., en las 4 semanas posteriores) de una intoxicación, un síndrome de abstinencia o un tratamiento farmacológico indican con bastante seguridad la existencia de un trastorno de ansiedad relacionado con sustancias, dependiendo del tipo, la duración y la cantidad de sustancia consumida. Si el clínico ha comprobado que la alteración es debida tanto a la enfermedad médica como al consumo de una sustancia, deben efectuarse ambos diagnósticos a la vez (es decir, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias).

El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica debe distinguirse de los **trastornos de ansiedad primarios** (sobre todo del trastorno de angustia, del trastorno de ansiedad generalizada y del trastorno obsesivo-compulsivo) y del **trastorno adaptativo con ansiedad o mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo** (p. ej., una mala respuesta adaptativa al estrés suscitado por el padecimiento de una enfermedad médica). En los trastornos mentales primarios no es posible demostrar mecanismos fisiológicos relacionados directa y específicamente con una enfermedad médica. Una edad de inicio tardía y la ausencia de historia personal o familiar de trastornos de ansiedad sugieren la necesidad de realizar una valoración cuidadosa con el fin de descartar el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. Además, los síntomas de ansiedad pueden constituir una **característica asociada a otro trastorno mental** (p. ej., esquizofrenia, anorexia nerviosa).

El diagnóstico de **trastorno de ansiedad no especificado** sólo debe establecerse cuando el clínico no puede determinar si el cuadro de ansiedad es de carácter primario, relacionado con el consumo de una sustancia o debido a una enfermedad médica.

### *Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10*

A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren que el cuadro clínico reúna la totalidad de criterios sintomáticos y de duración del trastorno de angustia o del trastorno de ansiedad generalizada. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de trastorno de ansiedad orgánico.

### ■ Criterios para el diagnóstico de F06.4 Trastorno de ansiedad debido a... (*indicar enfermedad médica*) [293.89]

- A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).
- D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.



*Especificar si:*

**Con ansiedad generalizada:** cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades

**Con crisis de angustia:** cuando predominan las crisis de angustia (v. pág. 403)

**Con síntomas obsesivo-compulsivos:** cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica

**Nota de codificación:** Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.4 Trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma, con ansiedad generalizada [293.89]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III

## Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

### *Características diagnósticas*

La característica esencial de este trastorno es la existencia de síntomas predominantes de ansiedad (Criterio A) que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos) (Criterio B). Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto en que aparecen los síntomas (p. ej., durante la intoxicación o la abstinencia), el trastorno puede incluir ansiedad prominente, crisis de angustia, fobias y obsesiones o compulsiones. Aunque la presentación clínica del trastorno de ansiedad inducido por sustancias puede imitar la del trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada, fobia social o el trastorno obsesivo-compulsivo, no es necesario que se cumplan los criterios diagnósticos de ninguno de estos trastornos. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de un trastorno mental (p. ej., otro trastorno de ansiedad) no secundario al consumo de una sustancia (Criterio C). No debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de ansiedad relacionado con sustancias si los síntomas de ansiedad aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium (Criterio D). Los sín-

tomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E). Sólo debe establecerse este diagnóstico en vez del de intoxicación por o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas de ansiedad sean excesivos en comparación con los que habitualmente se asocian a estos dos trastornos o cuando los síntomas de ansiedad son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Véase la página 181 para una descripción más detallada de los trastornos inducidos por sustancias.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias puede diferenciarse de un trastorno de ansiedad primario por su inicio, curso y otros factores. En el caso de las drogas deben existir pruebas a partir de la historia clínica, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que existe el antecedente de intoxicación o abstinencia. Los trastornos de ansiedad inducidos por sustancias sólo aparecen coincidiendo con estados de intoxicación o abstinencia, mientras que los trastornos de ansiedad primarios pueden preceder al inicio del consumo de la sustancia o tener lugar en períodos de abstinencia mantenida. Debido a que el síndrome de abstinencia para diversas sustancias (p. ej., para algunas benzodiazepinas) puede resultar relativamente largo, la aparición de los síntomas de ansiedad puede tener lugar hasta 4 semanas después de abandonar su uso. Otro dato a considerar es la presencia de características atípicas de un trastorno de ansiedad primario (p. ej., edad de inicio o curso atípicos). Por ejemplo, el inicio de un trastorno de angustia a partir de los 45 años de edad (lo cual es bastante raro) o la presencia de síntomas atípicos durante una crisis de angustia (p. ej., vértigo verdadero; pérdida del equilibrio, de la conciencia o del control esfinteriano; dolores de cabeza; olvido de palabras, y amnesia) pueden sugerir una etiología relacionada con el consumo de sustancias. En cambio, factores como la persistencia de síntomas de ansiedad durante un período considerable de tiempo (p. ej., durante 1 mes) tras haber remitido la fase aguda de una intoxicación o una abstinencia; la aparición de síntomas claramente excesivos en comparación con lo que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o cantidad de sustancia usada o la duración de este uso; o una historia previa de trastornos de ansiedad primarios recidivantes, sugieren que los síntomas de ansiedad podrían corresponder más probablemente a un trastorno de ansiedad primario.

### *Especificaciones*

Pueden emplearse las siguientes especificaciones para indicar el cuadro sintomático predominante:

**Con ansiedad generalizada.** Esta especificación puede utilizarse cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

**Con crisis de angustia.** Esta especificación puede utilizarse cuando predominan las crisis de angustia (v. pág. 402).

**Con síntomas obsesivo-compulsivos.** Esta especificación puede utilizarse cuando predominan las obsesiones o las compulsiones.

**Con síntomas fóbicos.** Esta especificación puede utilizarse cuando predominan síntomas de carácter fóbico.

El contexto en que aparecen los síntomas de ansiedad puede indicarse mediante el empleo de las siguientes especificaciones:

**De inicio durante la intoxicación.** Esta especificación debe utilizarse si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el período de intoxicación.

**De inicio durante la abstinencia.** Esta especificación debe utilizarse si se cumplen los criterios diagnósticos de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después del síndrome de abstinencia.

### *Procedimiento de tipificación*

El nombre del diagnóstico del trastorno de ansiedad inducido por sustancias debe ir encabezado por la sustancia específica (p. ej., alcohol, metilfenidato, tiroxina) que se considera responsable de los síntomas de ansiedad. El código diagnóstico se selecciona de las listas de sustancias que figuran en los criterios diagnósticos. Si la sustancia implicada no consta en estas listas (p. ej., tiroxina), debe utilizarse el código para «otras sustancias». El nombre del trastorno (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por cafeína) debe ir seguido de la descripción del cuadro clínico predominante y el contexto en que aparecen los síntomas (p. ej., F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por cafeína, con crisis de angustia, de inicio durante la intoxicación [292.89]). Cuando entra en juego más de una sustancia deben anotarse separadamente (p. ej., F14.8 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína, con ansiedad generalizada, de inicio durante la intoxicación [292.89]; F10.8 Trastorno de ansiedad inducido por alcohol, con ansiedad generalizada, de inicio durante la abstinencia [291.8]). Debe utilizarse la categoría F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por una sustancia desconocida [292.89] si se considera que el factor etiológico del cuadro es una sustancia, pero la sustancia específica o la clase de sustancias son desconocidas.

### *Sustancias específicas*

La intoxicación por los siguientes tipos de sustancias puede dar lugar a la aparición de un trastorno de ansiedad; alcohol; amfetamina y derivados; alucinógenos; cafeína; *Cannabis*; cocaína; fenciclidina y derivados; inhalantes, y otras sustancias o sustancias desconocidas. Por otra parte, la **abstinencia** de las siguientes sustancias también puede provocar un cuadro similar: alcohol; cocaína; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias o sustancias desconocidas.

Algunos trabajos sugieren que los fármacos siguientes pueden ocasionar asimismo trastornos de ansiedad: anestésicos y analgésicos, simpaticomiméticos y otros broncodilatadores, anticolinérgicos, insulina, preparados tiroideos, anticonceptivos orales, antihistamínicos, fármacos anti-parkinsonianos, corticosteroides, fármacos antihipertensivos y cardiovasculares, anticomiciales, carbonato de litio, fármacos antipsicóticos y fármacos antidepresivos. Los metales pesados y los tóxicos siguientes entran también en el cuadro de posibles agentes etiológicos: sustancias volátiles como la gasolina y las pinturas, insecticidas organofosforados, gases nerviosos, monóxido de carbono y dióxido de carbono.

### *Diagnóstico diferencial*

Los síntomas de ansiedad son frecuentes en la **intoxicación por sustancias** y la **abstinencia de sustancias**, cuyo diagnóstico, una vez determinada la sustancia responsable, suele ser suficiente para categorizar la presentación clínica. Sólo debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias en vez del de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas de ansiedad son claramente desproporcionados en comparación con los que habitualmente suelen aparecer en estos dos trastornos, o bien cuando los síntomas de ansiedad son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. Por ejemplo, los síntomas de ansiedad constituyen un rasgo característico de la abstinencia de alcohol, y sólo debe

diagnosticarse un trastorno de ansiedad inducido por alcohol cuando estos síntomas sean desproporcionados en comparación con los que aparecen en la abstinencia de alcohol o cuando sean de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. Si los síntomas de ansiedad relacionados con sustancias aparecen exclusivamente en el transcurso de un **delirium**, se consideran un síntoma más de este trastorno y no justifican un diagnóstico independiente. En los **cuadros clínicos relacionados con sustancias donde aparecen una mezcla de diferentes tipos de síntomas** (p. ej., del estado de ánimo, psicóticos y de ansiedad), el diagnóstico del tipo específico de trastorno relacionado con sustancias dependerá de la naturaleza de los síntomas predominantes en el cuadro clínico.

El trastorno de ansiedad, inducido por sustancias se diferencia a su vez del **trastorno de ansiedad primario** por el hecho de que una sustancia en concreto se considera etiológicamente relacionada con los síntomas (v. pág. 452).

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias secundario a fármacos prescritos para tratar un trastorno mental o una enfermedad médica aparece cuando el individuo está bajo tratamiento (o durante el síndrome de abstinencia si el fármaco en concreto es capaz de producirlo). Una vez abandonado el tratamiento, los síntomas de ansiedad suelen remitir en días o semanas (dependiendo del tiempo de vida media de la sustancia y de la presencia de abstinencia). Si los síntomas persisten más de 4 semanas, deben considerarse otras causas para explicar estos síntomas de ansiedad.

Dado que los individuos que padecen una enfermedad médica suelen recibir un tratamiento farmacológico, el clínico debe considerar siempre la posibilidad de que los síntomas de ansiedad obedezcan a los efectos fisiológicos directos de la propia enfermedad más que a los del fármaco, en cuyo caso el diagnóstico apropiado será **trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica**. La historia clínica suele desempeñar un papel determinante a la hora de decantarse por una u otra etiología. Otras veces, en cambio, es necesario realizar una modificación de las pautas farmacológicas (p. ej., sustitución o abandono de un fármaco) para determinar empíricamente si el tratamiento farmacológico es el agente etiológico de los síntomas que presenta el individuo. Si el clínico ha llegado a la conclusión de que la alteración obedece tanto a la enfermedad médica como al fármaco, cabe establecer ambos diagnósticos (es decir, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias). Cuando no se dispone de suficiente información como para decantarse por una u otra etiología, ni tampoco es posible atribuir el cuadro a un trastorno de ansiedad primario (es decir, no debido a una sustancia o a una enfermedad médica), hay que diagnosticar un **trastorno de ansiedad no especificado**.

### ***Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10***

La CIE-10 no recoge este trastorno.

#### **■ Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias**

- A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que (1) o (2):

*(continúa)*



**Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias** (*continuación*)

- (1) los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente
  - (2) el consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**Nota:** Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

*Código para el trastorno de ansiedad inducido por (sustancia específica)*

(F10.8 Alcohol [291.8]; F16.8 Alucinógenos [292.89]; F15.8 Anfetamina [o sustancias similares] [292.89]; F15.8 Caféina [292.89]; F12.8 *Cannabis* [292.89]; F14.8 Cocaína [292.89]; F19.8 Fenciclidina [o derivados] [292.89]; F18.87 Inhalantes [292.89]; F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]; F19.8 Otras sustancias [o desconocidas] [292.89])

*Especificar si:*

- Con ansiedad generalizada:** si predominan una ansiedad o una preocupación excesivas, centradas en múltiples acontecimientos o actividades
- Con crisis de angustia:** si predominan las crisis de angustia (v. pág. 403)
- Con síntomas obsesivo-compulsivos:** si predominan las obsesiones o las compulsiones
- Con síntomas fóbicos:** si predominan síntomas de carácter fóbico

*Especificar si (v. tabla de pág. 183 para la aplicabilidad de las sustancias):*

- De inicio durante la intoxicación:** si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación
- De inicio durante la abstinencia:** si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia

### **F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00]**

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Son ejemplos los siguientes:

1. Trastorno mixto ansioso-depresivo: síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos, aunque no se cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno del estado de ánimo específico ni de un trastorno de ansiedad específico (v. pág. 740 para los criterios de investigación que se sugieren).
2. Síntomas de fobia social clínicamente significativos relacionados con el impacto social provocado por una enfermedad médica o un trastorno mental (p. ej., enfermedad de Parkinson, enfermedades dermatológicas, tartamudez, anorexia nerviosa, trastorno dismórfico corporal).
3. Situaciones en las que el clínico confirma la presencia de un trastorno de ansiedad, pero le resulta imposible determinar si es de carácter primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.