# PsicoResúmenes

www.psicoresumenes.com

Resúmenes de 'Trastornos por ansiedad' del DSM-4 y DSM-5.

## En la web encontrarás:

- Bibliografía
- Evaluaciones
- Resúmenes
- Tutorías

**¡Clases particulares de esta materia!**

**Prepará parciales y exámenes**

@PsicoResúmenes

@Psico.Resúmenes

**Resumen de ‘Trastornos por ansiedad’**

**Bibliografía utilizada:**


- **Asociación Americana de Psiquiatría (2003) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta edición (DSM IV-R) Barcelona: Masson.**
- **Asociación Americana de Psiquiatría (2013) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta Edición (DSM V). Barcelona: Médica Panamericana (no resumido)**


**Índice**


**Crisis de angustia (Ataque de pánico) (DSM-4)..... 4**
**Agorafobia (DSM-4).....6**
**Trastorno de angustia (DSM-4) o Trastorno de pánico (DSM-5).....7**
**Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (DSM-4)..... 9**
**Fobia específica (antes fobia simple) (DSM-4).....10**
**Fobia social (trastorno de ansiedad social) (DSM-5).....13**
**Trastorno por estrés postraumático (DSM-4).....16**
**Trastorno por estrés agudo (DSM-4).....19**
**Trastorno de ansiedad generalizada (DSM-5)..... 21**
**Trastorno de ansiedad por separación (DSM-5)..... 23**
**Mutismo selectivo (DSM-5)..... 25**

## Trastornos de ansiedad

Se incluyen dentro de está categoría diagnóstica:

- **La crisis de angustia (o ataque de pánico):** 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, opresion o malestar torácico, sensación de atragamiento 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 con y sin agorafobia:** se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.
- **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 por estrés postraumático:** se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debido al aumento de la activacion y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
- **El trastorno por estrés agudo:** se caracteriza por síntomas parecidos al anterior 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 persistentes durante al menos 6 meses.

# Crisis de angustia (Ataque de pánico) (DSM-4)

**Características diagnósticas**

Las crisis de angustia suelen aparecer en el contexto de diversos trastornos de ansiedad. La característica principal 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. Se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (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 son: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresion o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo, 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 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 repitiendose, estas crisis pueden presentar un menor componente de miedo.

- La falta de aire constituye un síntoma frecuente en las crisis de angustia asociadas a la agorafobia.
- La ruborización es frecuente en las crisis de angustia desencadenadas por ansiedad social.

La ansiedad característica de está crisis puede diferenciarse de la ansiedad generalizada por su naturaleza intermitente, prácticamente paroxística[1], y su característica gran intensidad.

Estas crisis pueden aparecer en una amplia gama de trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, fobia social, específica, por estrés postraumático, etc.)

En el diagnóstico diferenciar de todos estos trastornos, es necesario considerar el contexto en que aparece la crisis de angustia. Existen tres tipos característicos, que se diferencian por el modo de inicio y la presencia o ausencia de desencadenantes ambientales:

1. **Crisis de angustia inesperadas:** no relacionadas con estímulos situacionales, en las que el inicio de la crisis no se asocia a desencadenantes ambientales, es decir, aparece sin motivo aparente. El diagnóstico de trastorno de angustia (con y/o sin agorafobia) requiere la presencia de crisis de angustia inesperadas.

[1] De inicio y final brusco.

2. **Crisis de angustia situacionales:** desencadenadas por estímulos ambientales, donde la crisis aparece en forma casi exclusiva inmediatamente después de la exposición o anticipación a un estímulo desencadenante ambiental. Las crisis de angustia situacionales son más características de las fobias sociales y específicas.
3. **Crisis de angustia más o menos relacionada con una situación determinada:** las cuales tienen simplemente más probabilidades de aparecer al exponerse a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe está asociación ni tampoco siempre el episodio aparece inmediatamente después de exponerse. Estas son especialmente frecuentes en el trastorno de angustia, aunque también pueden aparecer en la fobia específica o social.

# Agorafobia (DSM-4)

**Características diagnósticas**

La característica esencial 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 o síntomas similares a la angustia, puede no disponer de ayuda. Está 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 auto, ómnibus, o avión; o encontrarse en un puente o en un ascensor.

Algunos individuos son capaces de exponerse a las situaciones temidas, si bien está experiencia les produce un considerable terror. A menudo, a estos les resulta más fácil enfrentarse a las situaciones temidas si se hallan en compañía de un conocido.

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 responsabilidades domésticas.

# Trastorno de angustia (DSM-4) o Trastorno de pánico (DSM-5)

**Características diagnósticas**

La característica esencial es la presencia de crisis de angustia recidivantes[2] e inesperadas, seguidas de la aparición, durante un periodo 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.

**Dependiendo de si se reúnen o no los criterios de la agorafobia, el trastorno será:**

- Trastorno de angustia con agorafobia
- Trastorno de angustia sin agorafobia

Una crisis de angustia inesperada se caracteriza por su no asociación a desencadenantes ambientales; 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. Los individuos suelen presentar crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada, es decir, estas crisis tienen más probabilidades de aparecer en unas situaciones concretas, aunque no se asocien a ellas de forma invariable. Las crisis de angustia situacionales (asociadas casi invariablemente e inmediatamente después de exponerse a un desencadenante ambiental) son menos frecuentes.

Las crisis con síntomas limitados (crisis idénticas a las crisis de angustia pero acompañadas por menos de 4 de los 13 síntomas somáticos) son muy frecuentes en el trastorno de angustia. La mayoría de los individuos que presentan estas crisis sufren crisis de angustia completas en algún momento del curso del trastorno.

Los individuos se preocupan de una manera característica en relación con las implicaciones o consecuencias que aquellas 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, a pesar de controles médicos repetidos que descarten está posibilidad. Otros creen que las crisis de angustia indican que se estan “volviendo locos”, o que estan perdiendo el control, o ponen en evidencia su debilidad emocional.

Algunos individuos con crisis de angustia recidivantes experimentan un cambio comportamental significativo (abandonan el laburo), pero niegan tener miedo a nuevas crisis o estar preocupados por sus posibles consecuencias.

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados**

Paralelamente a las preocupaciones sobre las crisis 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. Se vuelven excesivamente aprensivos en relación al resultado de las actividades y

[2] Que vuelve a ocurrir cada tanto.

experiencias diarias, particularmente a las relacionadas a la salud o a la separación de seres queridos.

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 puede 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.

Los individuos con trastorno de angustia muestran una notable incidencia de trastorno depresivo mayor. A veces tratan su ansiedad con alcohol o fármacos, pudiendo llegar a desarrollar un trastorno relacionado con sustancias.

**Curso**

La edad de inicio del trastorno de angustia varía considerablemente, si bien lo más típico es que tenga inicio entre el fin de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida (entre los 20-45 años).

El curso típico es de carácter crónico. Algunas personas presentan brotes episódicos separados por años de remisión, otras presentan permanentemente un cuadro sintomático intenso.

**Diagnóstico diferencial**

La presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas es requisito imprescindible. 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. El objeto en el que se centra la ansiedad también es útil para diferenciar el trastorno. En general, se han descrito cuatro factores que pueden ser útiles para establecer el diagnóstico diferencial: 1) objeto de temor, 2) tipo y número de crisis de angustia, 3) número de situaciones evitadas y, 4) nivel de ansiedad intercurrente.

# Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (DSM-4)

**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 presentan agorafobia; y los síntomas similares a la angustia incluyen cualquiera de los 13 síntomas somáticos.

Para efectuar este diagnóstico nunca deben haberse cumplido los criterios del trastorno de angustia completo.

**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 este trastorno obedecen al miedo de sentir incapacitación 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.

# Fobia específica (antes *fobia simple*) (DSM-4)

**Características diagnósticas**

La característica esencial de la fobia específica es un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Está respuesta puede adquirir la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

Aunque los adolescentes y adultos con este trastorno reconocen que este temor es excesivo e irracional, 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.

El diagnóstico es correcto solo si este comportamiento de evitación, miedo o ansiedad de anticipación en relación con el estímulo fóbico interfiere significativamente con las actividades cotidianas de la persona, con sus relaciones laborales o sociales, o si la existencia de está fobia provoca un malestar evidente.

En los menores de 18 años los síntomas deben haber persistido durante al menos 6 meses.

El individuo experimenta un temor marcado, persistente y excesivo o irracional cuando se encuentra en presencia de objetos o situaciones específicas o bien cuando anticipa su aparición. El objeto del miedo puede ser la propia anticipación del peligro o daño inherente al objeto o situación.

Las fobias específicas también pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse y desmayarse al exponerse al objeto temido.

En presencia del estímulo fóbico aparece de forma inmediata y casi invariablemente una respuesta de ansiedad. El nivel de ansiedad o temor suele variar en función del grado de proximidad al estímulo y al grado en que la huida se ve limitada. Sin embargo, la intensidad del temor no siempre se relaciona de forma tan previsible con el estímulo fóbico. En ocasiones aparecen crisis de angustia con sintomatología completa como respuesta al estímulo, 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, estas 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.

La convicción o conciencia de que el temor es excesivo o irracional tienden a aumentar con la edad.

Si la fobia no provoca un malestar clínico significativo o un deterioro de la actividad del individuo, no debe efectuarse el diagnóstico.

**Subtipos**

Pueden especificarse los siguientes subtipos para indicar el objeto del miedo o evitación en la fobia específica:

- **Tipo animal:** el miedo hace referencia a animales o insectos, 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. Suele iniciarse en la infancia
- **Tipo sangre-inyecciones-daño:** hace referencia a la visión de sangre o heridas, a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo.
- **Tipo situacional:** hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, aviones, autos, lugares cerrados.
- **Otros tipos:** hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, vómito, adquisición de una enfermedad; fobia a los “espacios” (el sujeto 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

En términos de mayor a menor frecuencia epidemiológica, pueden ordenarse así: situacional > ambiental > sangre-inyecciones-daño > 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 (por ejemplo miedo a los gatos y las víboras)

**Síntomas y trastornos asociados**

Dependiendo del subtipo, pueden dar lugar a un estilo de vida limitado o interferir con ciertas actividades. Las fobias específicas suelen coexistir con otros trastornos de ansiedad.

**Curso**

Entre los factores que predisponen a la aparición de fobia específica cabe citar los acontecimientos traumáticos, crisis de angustia inesperadas en la situación que se convertirá en temida, observación de otros individuos que sufren traumatismos o muestran temor y transmisión de informaciones (repetidas advertencias paternas sobre los peligros de ciertos animales, por ejemplo). 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 en forma particularmente aguda. Estas no presentan una edad de inicio característica.

**Diagnóstico diferencial**

- **Trastorno de angustia con agorafobia y fobia específica de subtipo situacional:** el primero se caracteriza por crisis de angustia de aparición inesperadas que dan lugar a comportamiento 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.
- **Fobia social y fobia específica:** pueden diferenciarse en virtud del objeto o la situación fóbicos.
- **Hipocondría y fobia específica:** en la primera existe una constante preocupación motivada por el miedo a estar sufriendo una enfermedad, mientras que en la fobia específica solo se teme a la posibilidad de adquirirla.

En definitiva, la presencia de miedos no permite asegurar el diagnóstico de fobia específica, a no ser que interfieran marcadamente con las actividades sociales, académicas o laborales del individuo, o que le provoquen un malestar clínicamente significativo.

# Fobia social (trastorno de ansiedad social) (DSM-5)

**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. La exposición a estos estímulos produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Dicha respuesta puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Aunque adolescentes y adultos padecen el trastorno reconocen que este temor resulta excesivo o irracional. 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.

El diagnóstico sólo puede efectuarse en los casos en los que el comportamiento de evitación, el temor o la ansiedad de anticipación interfieran marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales y su vida social, o bien genera un malestar clínico significativo.

En las personas menores de 18 años los síntomas deben haber persistido como mínimo durante 6 meses para diagnosticarlo.

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 estupido.

Estos individuos pueden tener miedo de hablar en público porque creen que los demás se darán cuenta de que su voz o sus manos estan 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 públicos 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 (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. El enrojecimiento es típico.

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.

**Especificaciones (subtipos)**

**Generalizada:** puede utilizarse cuando los temores se relacionan con la mayoría de las situaciones sociales. Suelen tener miedo tanto a actuar en público como a situaciones sociales interactivas. Debido a que los individuos 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. Estos sujetos 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**

- Hipersusceptibilidad a la crítica, a la valoración negativa por parte de los demás y al rechazo
- Dificultad para autoafirmarse
- Baja autoestima y sentimientos de inferioridad
- A veces tienen pobres habilidades sociales como que les cuesta mantener la mirada de otras personas
- Signos objetivables de ansiedad como manos frías y pegajosas, temblores o voz vacilante

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 un bajo rendimiento laboral debido a la ansiedad al hablar en grupos pequeños, en público, con colegas o figuras de autoridad.

Acostumbran a tener un escaso apoyo social y tienen menos probabilidades de casarse.

En los casos más serios son expulsados de la escuela o despedidos del laburo con la posibilidad de no poder reincorporarse en estas actividades por la dificultad y ansiedad que supone acudir a entrevistas de selección; puede que no tengan amigos o no puedan aferrarse a nadie no logrando nunca completar una relación; pueden abstenerse de concertar citas o pueden permanecer toda la vida con sus padres.

**Curso**

Suele aparecer típicamente a mediados de la edad adulta, a veces con el antecedente infantil de timidez o inhibición social.

La aparición del trastorno puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante, o bien puede hacerlo de forma lenta e insidiosa. El curso 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 profesión.

**Diagnóstico diferencial**

La fobia social se caracteriza por evitación de situaciones sociales en ausencia de crisis de angustia inesperadas y recidivantes.

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 juzgado por los demás.

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.

# Trastorno por estrés postraumático (DSM-4)

**Características diagnósticas**

La característica esencial es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, 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 u otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves.

La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos. El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático, de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, y de síntomas persistentes de activación.

El cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (aunque no exclusivamente) los combates de guerra, ataques personales violentos (agresión sexual y fisica, atraco, robo de propiedades), ser secuestrado, ser tomado como rehen, torturas, encarcelamiento, desastres naturales, accidentes de transito graves, diagnostico de enfermedades mortales, etc.

Los acontecimientos traumáticos experimentados por los demás y que al ser transmitidos al sujeto pueden producir en él este trastorno se incluyen actos terroristas, accidentes graves, o la constancia de que su 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 (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 puede ser reexperimentado de varias maneras. Normalmente, el sujeto tiene recuerdos recurrentes e intrusos o pesadillas recurrentes en las que el acontecimiento vuelve a suceder. En algunos casos poco frecuentes, el individuo experimenta estados disociativos que pueden durar de a pocos segundos a varias horas, incluso días, durante los cuales se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si en ese momento se encontrara en el.

Cuando la persona se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático, suelen experimentar un malestar psicológico intenso o respuestas de tipo fisiológico.

Los estímulos asociados al acontecimiento traumático acaban siendo persistentemente evitados. El sujeto suele hacer esfuerzos deliberados para evitar caer en pensamientos, sentimientos o mantener conversaciones sobre el suceso y para eludir actividades, situaciones o personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él. En este comportamiento de evitación puede incluirse la amnesia total de un aspecto puntual del acontecimiento. La disminución de la reactividad al mundo exterior, denominada "embotamiento psíquico" o "anestesia emocional" 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, una sensación de alejamiento o enajenación de los demás o una acusada disminución de la capacidad para sentir emociones (especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad).

El individuo puede describir una sensación de futuro desolador, por ejemplo, no creer en la posibilidad de obtener un trabajo, casarse, etc.

El sujeto padece constantemente síntomas de ansiedad o aumento de la activación 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, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. Algunos sujetos manifiestan irritabilidad o ataques de ira, o dificultades para concentrarse o ejecutar tareas.

**Especificaciones**

- **Agudo:** cuando la duración de síntomas es inferior a 3 meses
- **Crónico:** cuando es igual o superior a 3 meses
- **De inicio demorado:** cuando entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas pasaron minimo 6 meses

**Síntomas y trastornos asociados**

Pueden sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida. En ocasiones las actividades que simulan o simbolizan el trauma original interfieren acusadamente con sus relaciones interpersonales, lo que puede dar lugar a conflictos conyugales, divorcios o pérdida de trabajo.

Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (abusos sexuales, secuestros, etc) 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.

**Curso**

Puede iniciarse a cualquier edad. Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, aunque pueden pasar años antes de que se manifiesten.

**Diagnóstico diferencial**

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.

# Trastorno por estrés agudo (DSM-4)

**Características diagnósticas**

La característica esencial 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. Los acontecimientos estresantes son los mismos que en el estrés postraumático.

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
- amnesia disociativa

Después del acontecimiento traumático, este es revivido de forma recurrente; el individuo presenta un acusado comportamiento de evitación de aquellos estímulos que pueden hacer aflorar recuerdos del trauma y presenta síntomas significativos de ansiedad o aumento de activación.

Los síntomas provocan un malestar clínico significativo, interfieren acusadamente la actividad de la persona o afectan notablemente a su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables.

Estas alteraciones duran por lo menos 2 días y no se prolongan más allá de las 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático.

Los sujetos 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 (recuerdos, imágenes, pensamientos, flashbacks, etc)
- Después, estos estímulos (lugares, personas, actividades) propician comportamientos de evitación
- Por último, aparece un aumento de la activación (dificultad para dormir, irritabilidad, falta de concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto e inquietud motora) como respuesta a estos estímulos.

**Síntomas y trastornos asociados**

Pueden aparecer síntomas de desesperación y desesperanza. 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 los acaecidos. 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. También puede haber comportamientos de riesgo o de carácter impulsivo.

Presentan un mayor riesgo de desarrollar un trastorno por estrés postraumático.

**Curso**

Los síntomas se experimentan durante o inmediatamente después del trauma, duran mínimo 2 días y, o bien se resuelven en las primeras 4 semanas después del acontecimiento traumático, o bien el diagnóstico debe ser sustituido.

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.

**Diagnóstico diferencial**

Algunos síntomas que aparecen después del acontecimiento traumático de gran intensidad son comprensibles y razonables, de modo que no deben considerarse un trastorno por estrés agudo. Solo debe establecerse este diagnóstico 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.

# Trastorno de ansiedad generalizada (DSM-5)

**Características diagnósticas**

La característica esencial es la ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se observan durante un periodo superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. 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
- trastornos del sueño

Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos, 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, a tener múltiples síntomas físicos o a padecer una grave enfermedad, etc.
Aunque los sujetos no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad.

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 los sujetos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que estan realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquellas completamente.

Los adultos con este trastorno 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 (arreglar el auto, etc).

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 sujetos también pueden presentar síntomas somáticos como manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas o diarreas, etc., y respuestas de sobresalto exageradas. Los síntomas depresivos también son frecuentes.

El trastorno de ansiedad generalizada suele coexistir con trastornos del estado de ánimo (depresivo mayor o distimico, por ejemplo), con otros trastornos de ansiedad y con trastornos relacionados con sustancias.

**Curso**

Muchos individuos con el trastorno se consideran ansiosos o nerviosos de toda la vida. Aunque más del 50% manifiestan que empezó en la adolescencia, no es raro que se inicie a partir de los 20 años. El curso es de carácter crónico, pero fluctuante, con frecuentes agravamientos coincidiendo con periodos de estrés.

**Diagnóstico diferencial**

Varios aspectos distinguen el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) de la ansiedad no patológica. En primer lugar, las preocupaciones del trastorno de ansiedad generalizada son difíciles de controlar e interfieren típica 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 TAG son más permanentes, intensas, perturbadoras y duraderas, apareciendo a menudo en ausencia de factores desencadenantes. Cuantas más preocupaciones tenga el individuo (económicas, de salud, laboral, cotidianas), más probable es el diagnóstico de TAG. Por último, las preocupaciones normales de la vida diaria no suelen acompañarse de síntomas físicos como la fatiga excesiva o la inquietud motora, etc.

# Trastorno de ansiedad por separación (DSM-5)

**Criterios diagnósticos**

La característica esencial es miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (perderse, ser raptado, enfermar, etc) cause la separación de una figura de gran apego
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, trabajo u otro lugar por miedo a la separación
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa u otros lugares
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación
8. Quejas repetidas de síntomas somáticos como dolor de cabeza, estómago, o incluso vómitos, cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego

El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en NNA y típicamente seis o más meses en adultos. Sin embargo, el criterio de la duración debe emplearse en los adultos a título orientativo, permitiendo cierto grado de flexibilidad.

La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otra área importante

**Características asociadas que apoyan el diagnóstico**

En función de su edad, los sujetos pueden experimentar miedo hacía los animales, monstruos, oscuridad, fantasmas, ladrones, secuestradores, accidentes automovilísticos, viajes en avión u otras situaciones que se perciban como peligrosas para la integridad de la familia o de sí mismos. Algunos se sienten incómodos y melancólicos, incluso tristes, cuando estan fuera de casa.

**Desarrollo y curso**

El inicio puede producirse precozmente, en la edad preescolar, pero también es posible en cualquier momento antes de los 18 años; sin embargo, no es frecuente el inicio en plena adolescencia. Típicamente hay periodos de exacerbación y de remisión. La mayoría de los niños con trastorno de ansiedad por separación no padecerá trastornos de ansiedad deteriorantes a lo largo de la vida. Muchos adultos con el trastorno no recuerdan que este

empezara en la infancia, aunque es posible que recuerden síntomas. Los adultos con este trastorno estan demasiado preocupados por sus hijos y cónyuges, al tiempo que experimentan un notable malestar al separarse de ellos.

**Consecuencias funcionales**

Los sujetos a menudo limitan sus actividades independientes lejos del hogar o de las personas por las que sienten apego.

# Mutismo selectivo (DSM-5)

**Criterios diagnósticos**

Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar a pesar de hacerlo en otras situaciones.

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

La duración de la alteración es como mínimo de 1 mes

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

**Características diagnósticas**

Los niños cuando se encuentran con otros sujetos en las interacciones sociales, no inician el diálogo o no responden recíprocamente cuando hablan con los demás. La falta de discurso se produce en las interacciones sociales con niños o adultos. Los niños hablan en casa en presencia de sus familiares inmediatos, pero a menudo no hablan ni siquiera antes sus amigos o familiares de segundo grado como abuelos o primos. El trastorno suele estar marcado por una elevada ansiedad social.