

1. TRASTORNO DEL DESARROLLO INTELECTUAL

Problemas que presenta:

Hay un amplio intervalo de presentaciones dependiendo de la severidad del trastorno subyacente y la discapacidad.

- En el nacimiento o la infancia:
 - Identificado por la familia o el trabajador social como de aspecto “inusual”
 - Apariencia característica, por ejemplo, Síndrome de Down
 - Retraso en el desarrollo. Alimentación o tono motor pobres
 - Retraso en el desarrollo ordinario para edad y etapa correspondientes

- En niños:
 - Retraso en el desarrollo ordinario (caminar, hablar, control de esfínteres)
 - Dificultades con el trabajo escolar, además de con los otros niños por dificultades en el aprendizaje
 - Problemas de comportamiento por ejemplo, ingesta de material no orgánico, ausencia de juego con juguetes, actividad no constructiva repetitiva, auto-lesión, tendencia a ignorar a otros niños, fracaso en la respuesta a órdenes, oposición
 - El niño puede estar socialmente aislado, ser marginado u objeto de acoso o estigma

- En adolescentes:
 - Dificultades con sus iguales
 - Comportamiento sexual inapropiado
 - Dificultades en la transición a la edad adulta
 - Víctimas de explotación social, laboral y sexual

- En adultos:
 - Discapacidad en el funcionamiento cotidiano (por ejemplo, cocinar, limpiar)
 - Problemas en el desarrollo social normal, (por ejemplo, encontrar trabajo, relaciones, crianza de los hijos)
 - Problemas de comportamiento (por ejemplo, comportamiento agresivo, retraimiento, comportamiento antisocial)

N.B.: La malnutrición o las dificultades sociales extremas pueden causar retraso en el desarrollo.

Descripción clínica:

Desarrollo lento o incompleto que tiene como resultado un deterioro de las habilidades que contribuyen a la capacidad intelectual general, es decir, las habilidades cognitivas,

lingüísticas, motoras y sociales. Por lo general asociado con importantes dificultades de aprendizaje y problemas de adaptación social.

Discapacidad clasificada como grave cuando la edad mental del niño no ha alcanzado la mitad de su edad cronológica, es decir, el niño no está haciendo lo que podría esperarse de alguien con la mitad de su edad. Discapacidad leve o moderada cuando no ha alcanzado una edad mental de tres cuartas partes de la edad cronológica

- Casos severos normalmente identificados antes de los dos años: necesitan ayuda con tareas diarias y sólo tienen capacidad para el discurso simple
- Casos moderados normalmente identificados entre los 3-5 años: necesitan guía o supervisión en actividades diarias
- Discapacidad del aprendizaje leve o límite: puede tener limitaciones en los logros escolares pero tiene capacidad para vivir sólo y desempeñar trabajos sencillos

Síntomas asociados:

Puede mostrar síntomas de una condición subyacente, por ejemplo, características faciales del Síndrome Alcohólico Fetal o Síndrome de Down.

- Condiciones médicas:

- Epilepsia
- Discapacidad auditiva
- Discapacidad visual
- Puede haber dificultades en la defecación e incontinencia urinaria
- Hipotiroidismo, envenenamiento por plomo y algunos defectos congénitos del metabolismo (por ejemplo, fenilcetonuria)
- Anomalías cardíacas (especialmente en el síndrome de Down)

- Trastornos mentales y del comportamiento:

- Aumento de la prevalencia de otros trastornos asociados, por ejemplo: trastornos disfóricos
- Dependencia, aislamiento social, nerviosismo periódico, comportamiento agresivo o antisocial

Diagnóstico diferencial:

1. Dificultades específicas de aprendizaje
2. Trastorno por déficit de atención
3. Trastornos motores (por ejemplo, parálisis cerebral)
4. Problemas sensoriales (por ejemplo, sordera)
5. Trastorno del espectro autista

2. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Problemas que presenta:

- Preocupación paterna porque el niño es ‘diferente’ y ‘vive en su propio mundo’
- Retraso en el lenguaje y el desarrollo social, por ejemplo, ausencia de lenguaje a los 16 meses
- Ausencia de respuesta ante los otros – contacto visual pobre
- Torpeza física
- Inquietud acerca de un rango de intereses restringido

Descripción clínica:

Espectro de los trastornos del neuro-desarrollo caracterizado por alteraciones en la interacción social, déficit en la comunicación e intereses restringidos y comportamiento repetitivo. Los síntomas se desarrollan generalmente antes de la edad de dos años. La detección puede ser tardía si los síntomas son leves.

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

Retraso o funcionamiento anormal en al menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad:

- A. Deterioro en la interacción social (al menos dos de los siguientes):
 - Marcado deterioro en el uso de múltiples comportamientos no verbales, para regular la interacción social
 - Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros que sean adecuadas al nivel de desarrollo
 - Falta de búsqueda espontánea de diversión, intereses o logros compartidos con otras personas
 - Falta de reciprocidad social o emocional
- B. Deterioro en la comunicación (al menos uno de los siguientes):
 - Retraso o ausencia total de desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación tales como gestos o mímica)
 - Deterioro de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros
 - Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o lenguaje idiosincrásico
 - Falta de juego variado, espontáneo, imaginativo, o de imitación social apropiado para el nivel de desarrollo
- C. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas (al menos uno de los siguientes):
 - Preocupación por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos
 - Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos
 - Manierismos estereotipados y motores repetitivos (por ejemplo, aleteo de la mano o los dedos)
 - Preocupación persistente por objetos o partes de objetos

Síntomas Asociados:

Puede presentar también trastorno del desarrollo intelectual.

Este es un trastorno de espectro. Los casos leves presentan niveles bajos de la discapacidad en cualquiera de las áreas mencionadas o en todas ellas. Las personas con un elevado nivel en funciones intelectuales fueron previamente clasificadas como Síndrome de Asperger.

Los casos severos pueden mostrar retraimiento extremo de la interacción social y marcado retraso en el desarrollo del lenguaje, por ejemplo (algunos permanecen mudos durante toda su vida).

También pueden presentar dificultades para regular las emociones y comportamiento inmaduro. Algunos casos pueden mostrar también, conductas físicas disruptivas y agresivas. La conversación espontánea y cooperativa normal es difícil y con frecuencia se da una interpretación literal de las frases del discurso. A menudo muestran rigidez de pensamiento y comportamiento. Se dan anomalías sensoriales - híper o hipo sensibilidad a los estímulos sensoriales (calor, frío, dolor). Muchos presentan algún grado de discapacidad intelectual. Son comunes las convulsiones/epilepsia (en un 20-30% de los casos).

En algunos casos pueden presentar además, síntomas de ansiedad o depresión.

Diagnóstico Diferencial:

1. Déficit de Atención con Hiperactividad
2. Trastorno específico del desarrollo del lenguaje o del aprendizaje
3. Las condiciones que pueden requerir derivación a un especialista incluyen la esclerosis tuberosa, el síndrome de Rett y el síndrome del X frágil

3. DISCAPACIDAD DEL APRENDIZAJE ESPECÍFICO

Problemas que presenta:

- Preocupación de los padres o maestros por las dificultades en el aprendizaje, en un área específica de desempeño académico
- El niño tendrá problemas para realizar determinados tipos de tareas o desarrollar habilidades en esa área
- La discapacidad del aprendizaje más común se da en la lectura

Descripción Clínica:

Se dan grandes dificultades en la adquisición y uso de la lectura, la escritura, el razonamiento o las habilidades matemáticas. No es indicativo del nivel de inteligencia, o del retraso en el desarrollo global.

Por lo general, estos casos son clasificados por la función deteriorada y/o según se trate de un trastorno debido a dificultades en la entrada, la integración, el almacenamiento o la salida de información.

Síntomas requeridos para el diagnóstico:

Discapacidad y dificultad producidas en una o más de las siguientes áreas, más allá de que se considere el caso como apropiado en términos educativos, para la edad y el acceso local a los recursos educativos. Las fuentes de información utilizadas para evaluar el aprendizaje deben ser múltiples.

- A. Trastorno de la lectura (dislexia). Presente en un 70-80% de las personas con discapacidad intelectual. Se refiere a cualquier ámbito de la lectura (reconocimiento de palabras, decodificación, velocidad de lectura y comprensión)
- B. Trastorno de la escritura (disgrafía). Discapacidad en la escritura, ortografía, organización de ideas, y en la composición
- C. Discapacidad matemática. (discalculia) Dificultades en el aprendizaje de conceptos (como cantidad, valor, lugar y tiempo), memorización de hechos matemáticos, organización de los números, y comprensión de cómo están organizados los problemas

Síntomas asociados:

En muchos países la discapacidad en estas habilidades se refleja en el bajo rendimiento académico y las oportunidades de empleo. El estrés relacionado con el trastorno puede hacer difícil el proceso de afrontamiento, con síntomas de ansiedad resultante.

Diagnóstico diferencial:

La dificultad en el aprendizaje se debe a factores conocidos, tales como:

1. Vista o audición pobres
2. Discapacidad intelectual
3. Déficit de Atención con Hiperactividad
4. Trastorno del aprendizaje, debido a una escasa educación recibida o al absentismo escolar

4. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN /HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Problemas que presenta:

- Preocupación acerca del comportamiento del niño, planteada generalmente por la familia o los profesores, en función de la edad
- El niño es descrito como con tendencia a distraerse fácilmente, con problemas de concentración y dificultades para seguir instrucciones
- Familia agotada por la actividad constante e impulsiva del niño

Descripción clínica:

Coexistencia de síntomas de déficit de atención, inquietud, impulsividad e hiperactividad presentándose raramente, de forma aislada, e iniciándose la aparición de los síntomas, a menudo antes de los siete años de edad. El niño es incapaz de quedarse quieto, y no espera a los otros o escucha lo que los demás dicen.

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

Síntomas típicos de falta de atención, hiperactividad y comportamiento impulsivo en todas las situaciones (el hogar, la escuela, al jugar):

- A. Dificultad grave para mantener la atención (falta de concentración, cambios frecuentes de la actividad)
- B. Inquietud física anormal, el paciente no puede quedarse quieto por más de unos minutos (más evidente en la clase o durante las comidas), esto no cambia en función del contexto social
- C. Impulsividad (el paciente no puede esperar su turno, o actúa sin pensar)

Síntomas Asociados:

A veces pueden presentar problemas de disciplina, bajo rendimiento en la escuela, y propensión a los accidentes. El TDAH puede ser una condición a largo plazo, con una persistencia de la sintomatología en la vida adulta en el 30-50% de los casos. Los síntomas asociados y las condiciones comórbidas incluyen trastornos de la conducta y los síntomas derivados de tales condiciones. Los casos de TDAH infradiagnosticados o con un tratamiento deficiente en la adolescencia, se caracterizan por un estilo de vida caótico y excesiva dependencia de las drogas recreativas y el alcohol.

Exclusiones:

- Se debe excluir a aquellos niños con niveles altos pero normales de actividad
- Excluir también aquellos en los que la sobreactividad se debe claramente a la falta de control parental
- Algunos niños presentan mayores niveles de déficit de atención cuando están ansiosos

Diagnóstico diferencial.

- Condiciones médicas:

1. Epilepsia
2. Síndrome de alcoholismo fetal
3. Enfermedad tiroidea
4. Anemia
5. Sueño insuficiente o mala calidad del mismo

Todas estas condiciones físicas pueden ser comórbidas con la hiperactividad, pero, además, la epilepsia puede ser confundida con ella.

- Trastornos mentales y del comportamiento:

Cuando los pacientes cumplen los criterios de otros trastornos psicológicos, éstos deben ser tratados en primer lugar. Los siguientes trastornos pueden también ser comórbidos con TDAH:

- Trastornos disfóricos (el paciente presenta depresión ansiosa), Trastornos específicos de ansiedad, en particular, el Trastorno crónico de ansiedad por separación
- Trastorno del Espectro Autista (con limitaciones socio-lingüísticas y comportamientos estereotipados)
- Trastorno de la conducta (el paciente presenta un comportamiento disruptivo sin déficit de atención)
- Discapacidad intelectual o discapacidad del aprendizaje específico

5. TRASTORNO DE LA CONDUCTA (incluye el Trastorno Negativista Desafiante)

Problemas que presenta:

- Preocupación por el mal comportamiento del niño por parte de los padres, familiares, vecinos o maestros
- En los niños más pequeños: rabietas marcadas, conducta desafiante, peleas e intimidación
- En niños mayores y adolescentes: comportamiento antisocial significativo como robo, daños a la propiedad y agresión. El niño puede ser apartado de la escuela, y, por lo general, persisten los conflictos con otros adultos y otros niños

Frecuentemente se observa este comportamiento en todos los ámbitos de la vida, aunque puede limitarse a la escuela o al hogar únicamente.

(N. B: todos los niños presentan "mal comportamiento" alguna vez y los adolescentes suelen mostrar oposición a las normas y deseos de los adultos en algún momento. El diagnóstico depende de la duración y severidad de la conducta).

Descripción clínica.

Trastorno que se caracteriza por un comportamiento antisocial repetitivo, persistente y excesivo (destrucción de la propiedad, robo, incendio), agresivo (actos violentos, intimidación), o desafiante, que persiste durante seis o más meses.

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

- A. El comportamiento debe ser disonante con el nivel de desarrollo del niño, las normas de conducta de su grupo de pares, y el contexto cultural
- B. Conducta antisocial en más de una de las siguientes áreas:
 - Agresión verbal o física hacia personas y animales. Ejemplos de la misma incluyen intimidación, crueldad física verbal o emocional y forzar a otros en actividades antisociales
 - Daños a la propiedad. Destrucción deliberada de edificios y otros bienes
 - Fraudulencia o robo. Puede ser abierta robar, o mentir con el fin de obtener las cosas de los demás o para encubrir delitos menores
 - Violación de las reglas y regulaciones. Huir de la casa o la escuela
- C. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico u ocupacional

Síntomas asociados:

En los niños más pequeños (de hasta ocho años), las conductas se caracterizan por ser de tipo negativista desafiante y toman la forma de: ataques de ira, mal genio, negativa a obedecer órdenes y normas, destructividad o golpes. Existe un espectro de gravedad: en los casos leves sólo hay daños menores a otros (por ejemplo, absentismo escolar),

mientras que en los casos graves produce como resultado un daño considerable en los otros (por ejemplo, robar enfrentándose a la víctima, el uso de un arma).

Comorbilidad diagnóstica frecuente:

- Déficit de atención con hiperactividad
- Trastorno específico del lenguaje
- Trastorno del desarrollo intelectual
- Trastorno del espectro autista
- Reacción adaptativa como respuesta a un trauma específico (por ejemplo, separación de los padres, abuso)
- Depresión presentaciones adolescentes

Diagnóstico diferencial:

1. Enfermedad o lesión orgánica (por ejemplo, infección oculta/tumor/lesión por traumatismo craneo encefálico)
2. Epilepsia
3. Depresión de tipo adolescente
4. Considerar presentaciones poco comunes como el trastorno bipolar en la adolescencia tardía

6. PROBLEMAS DE CONTROL DE LA MICCIÓN Y LA DEFECACIÓN

Problemas que presenta:

- Suele llevarse al niño a atención primaria debido a la preocupación por el mojado repetido de la ropa o la cama por orina o heces
- Se considera un problema después de la edad de control de la función de la vejiga o el intestino

Enuresis:

Descripción clínica:

Retraso en la capacidad del control urinario. Ya sea nocturno, diurno o ambas cosas. Generalmente involuntario, aunque a veces puede ser intencional. Puede ser continuo desde el nacimiento (primaria), o puede seguir a un período de continencia (secundaria). La enuresis nocturna primaria (ENP) es la forma más común. El niño continúa con un promedio de al menos dos noches por semana mojando las sábanas, sin largos períodos de control urinario o continúa sin control urinario nocturno si no se le lleva al baño. Los síntomas están presentes durante más de tres meses. Es más común en niños que en niñas.

Síntomas asociados:

En los casos de enuresis secundaria, los pacientes también pueden presentar síntomas de trastornos emocionales o de comportamiento, que pueden comenzar después de un evento traumático o estresante, por ejemplo, sucesos graves, como abuso físico o sexual, o traumas de menor importancia, tales como dormir en una cama extraña. La enuresis es más común en otros trastornos como el Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Nota: la incontinencia durante la noche es normal hasta la edad mental de 5 años. La mayoría de las niñas logran el control urinario a la edad de seis años y la mayoría de los niños a los siete años.

Diagnóstico diferencial:

La mayoría de las enuresis son un retraso aislado en el desarrollo y no un problema emocional o enfermedad física. Sólo un pequeño porcentaje (del 5% al 10%) de los casos de enuresis es causado por otras condiciones específicas.

- Condiciones médicas:

- Anomalías físicas estructurales, por ejemplo, una menor capacidad de la vejiga
- Infección urinaria recurrente de las vías asociadas a la nefropatía por reflujo
- Producción insuficiente de hormona antidiurética (ADH)
- Estreñimiento
- Apnea del sueño

- Trastornos mentales y del comportamiento:

Cuando la enuresis es causada por un trastorno psicológico o neuropsicológico debe considerarse como un síntoma de la enfermedad primaria.

- Trastorno de angustia infantil: el estrés como un determinante de volver a orinarse en la cama, por ejemplo, un cambio de casa o escuela, conflictos entre los padres o divorcio, la pérdida de un ser querido o una mascota.
- Discapacidad intelectual
- Déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Encopresis:

Problemas que presenta:

El niño es llevado a consulta debido a las preocupaciones acerca de los movimientos de su intestino o la suciedad producida por deposiciones en lugares inapropiados.

Descripción clínica:

Deposición repetida de las heces sólidas en lugares inapropiados para el contexto socio-cultural del individuo (por ejemplo, en la ropa, el suelo, la ropa de cama) de manera voluntaria o involuntaria.

Las heces son de consistencia normal o casi normal. El niño puede no haber tenido éxito en el control de los intestinos (primaria) o ha logrado el control, pero luego ha vuelto a perderlo. El trastorno suele diagnosticarse por debajo de los cuatro años. Es más común en niños que en niñas, más allá del manchado ocasional.

Pueden darse varios síntomas psiquiátricos asociados, y puede haber manchas fecales.

Exclusiones:

Los síntomas no se deben exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (por ejemplo, laxantes) ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

Síntomas asociados:

Puede estar asociada con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento, o sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento. En los casos sin estreñimiento las heces pueden ser depositadas en lugares visibles, y esto se asocia con rechazo, resistencia o falta de conformidad con las normas sociales. También puede deberse a retención derivada de problemas fisiológicos con el entrenamiento de esfínteres o de estrés relacionado con la evacuación intestinal, por ejemplo, en la escuela.

El niño con encopresis pueden presentar baja autoestima y desaprobación de los compañeros en relación con este problema. Si los hábitos rutinarios de defecación no se desarrollan, el niño puede sufrir estreñimiento crónico.

Diagnóstico diferencial

- Condiciones médicas:

1. Infección del intestino
2. Megacolon agangliónico

3. Espina Bífida
4. Estreñimiento debido a causas médicas

- Trastornos mentales y del comportamiento:

- Trastornos de la conducta negativista desafiante
- Discapacidad intelectual
- Miedo a usar el WC

7. TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO

Problemas que presenta:

- Los pacientes pueden presentar una perturbación grave de inicio repentino, caracterizada por creencias extrañas y un comportamiento acusadamente anómalo.
- Pueden sentirse aprensivos, confusos o muy susceptibles
- La psicosis aguda puede ser de naturaleza altamente transitoria manteniéndose de unas pocas horas hasta unos cuantos días o puede durar algunas semanas
- Lo normal es que los pacientes se recuperen por completo

Características del diagnóstico:

El trastorno psicótico agudo es una etiqueta diagnóstica que se da a aquellos pacientes con sintomatología inusual, de aparición súbita normalmente abundante, y con una duración que va de entre unos días a unas pocas semanas. Mientras que normalmente la recuperación es completa, una minoría de pacientes puede tener una recaída con presentaciones similares.

Las experiencias inusuales, las creencias y los comportamientos anormales pueden incluir:

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

- A. Delirios (creencias extrañas que pueden implicar la de ser perseguido o envenenado, tener poderes especiales, la infidelidad de un cónyuge, la de ser controlado o la creencia de que personas extrañas hablen uno)
- B. Alucinaciones (oír voces o tener visiones)

Otros síntomas comunes:

- Inhibición
- Agitación
- Inquietud o comportamiento desorganizado
- Pensamiento confuso
- Habla incoherente o irrelevante
- Labilidad emocional

Infancia:

La psicosis aguda puede presentarse en la adolescencia tardía.

Diagnóstico Diferencial:

1. Trastorno bipolar. La fase maníaca de éste y las formas psicóticas de depresión pueden tener muchas características similares. Los pacientes pueden desarrollar síntomas clásicos de manía y depresión o pueden desembocar en estados crónicos que obliguen a cambios en el diagnóstico a través del tiempo
2. Formas exacerbadas de psicosis crónica, con una duración total de la enfermedad de más de 3 meses
3. Condiciones médicas como el Delirium
4. Infecciones sistémicas o cerebrales
5. Epilepsia
6. Intoxicación y abstinencia de drogas y sustancias

REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES DE LA OMS PARA ATENCIÓN PRIMARIA, LA CIE-11-AP | **Octubre 2011**

Deben ser identificadas y gestionadas cuando están presentes.

8. TRASTORNOS PSICÓTICOS CRÓNICOS

Problemas que presenta:

- Las presentaciones incluyen creencias anormales, escucha de voces o visiones y puede implicar un comportamiento anormal
- También pueden cursar con falta de energía para hacer las tareas diarias, falta de motivación para el trabajo, dificultad de concentración, apatía y abandono de familiares, amigos y colegas

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

A. Las exacerbaciones agudas incluyen:

- Delirios (creencias extrañas de ser perseguido o envenenado, de poseer poderes especiales, de la infidelidad del cónyuge, de ser controlado o de que personas extrañas hablan de uno)
- Alucinaciones (oír voces y ver cosas que otros no pueden ver)
- Inquietud y agitación
- Comportamiento marcadamente anormal

B. Los problemas crónicos incluyen:

- Falta de energía o motivación para hacer las tareas diarias y el trabajo
- Apatía y retraimiento social
- Lenguaje extraño y anormal
- Mal cuidado personal o la negligencia

Diagnóstico Diferencial:

1. Trastorno bipolar - la fase maníaca puede tener muchas características similares
2. La psicosis también puede estar asociada con enfermedades médicas (por ejemplo: infecciones y tumores cerebrales, lesiones en la cabeza, epilepsia, trastornos tiroideos)
3. Demencia – las psicosis orgánicas (como en la demencia, por ejemplo) pueden tener características similares
4. Uso de sustancias - (por ejemplo: alcohol, cannabis, opiáceos, etc.)

9. TRASTORNO BIPOLAR

Problemas que presenta:

- Los pacientes pueden presentar periodos de depresión, de manía o estado de ánimo normal, entre los ataques
- Los episodios de depresión y manía o los estados mixtos pueden alternarse o puede predominar una de las formas

➤ Los episodios de manía se caracterizan por:

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

- A. Aumento de la energía y la actividad
- B. Estado de ánimo elevado o irritable

Otros síntomas comunes:

- Discurso excesivo o rápido
- Cambios constantes en las actividades y planes
- Imprudencia o pérdida de la inhibición (promiscuidad, uso de drogas, gasto de grandes sumas de dinero)
- Menor necesidad de sueño
- Percepción exagerada de la propia importancia
- Distraibilidad
- Aumento de la actividad sexual / promiscuidad
- Conducta antisocial o criminal
- Uso concurrente de drogas ilegales

➤ Los episodios depresivos se caracterizan por:

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

- A. Estado de ánimo bajo o triste
- B. Pérdida de interés o placer

Otros síntomas comunes:

- Trastornos del sueño
- Culpa o baja autoestima
- Fatiga o pérdida de energía
- Falta de concentración
- Quejas subjetivas de pérdida de memoria
- Apetito alterado
- Ideación o conducta suicida

Los periodos de manía y de depresión pueden ser recurrentes y pueden alternarse con un estado de ánimo normal. Los pacientes también pueden informar de delirios y alucinaciones durante los períodos de depresión y manía.

Diagnóstico Diferencial:

1. Trastorno depresivo - no hay antecedentes de episodios maníacos

2. Depresión ansiosa - no hay antecedentes de episodios maníacos
3. La psicosis aguda puede asemejarse a los episodios maníacos
4. Trastornos psicóticos persistentes

N.B.: Los trastornos por uso de sustancias y la demencia pueden ser condiciones concurrentes y deben ser identificados y tratados, cuando están presentes

10. DEPRESIÓN ANSIOSA

Problemas que presenta:

- Los pacientes generalmente presentan síntomas somáticos, pero se ha encontrado tanto síntomas ansiosos como depresivos acompañando a estos síntomas
- Una minoría puede presentar con síntomas depresivos
- En los centros de atención primaria, este agrupamiento de síntomas a menudo depende de la influencia de determinantes sociales de la salud, por lo que es necesario tener en cuenta factores psicosociales, tanto en la evaluación como en el manejo del paciente
- Los pacientes también pueden presentar síntomas físicos como la pérdida de peso

Descripción clínica:

Se trata de un trastorno disfórico en el que la presencia de síntomas de ansiedad y depresión mixtos provoca un malestar o disfunción significativa que lleva a un deterioro funcional y a la búsqueda de ayuda. La letra "S" indica que se trata de una pregunta selectiva, si ambas respuestas son negativas, no hace falta preguntar las demás.

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

- A. Ausencia de episodios maníacos previos.
- B. Presencia de al menos tres síntomas depresivos y tres síntomas de ansiedad de la siguiente lista durante un periodo de, al menos, dos semanas:
 - Los "síntomas de la ansiedad" son los siguientes:
 - Sentirse nervioso, ansioso o al límite (S)
 - Incapacidad para controlar las propias preocupaciones (S)
 - Tener problemas para relajarse
 - Sentirse tan inquieto que resulta difícil quedarse quieto y
 - Sentir miedo de que algo terrible pueda suceder
 - Los "síntomas de la depresión" son los siguientes:
 - Estado de ánimo deprimido persistente (S)
 - Marcada disminución del interés o el placer (S)
 - Sentimientos de inutilidad o de culpa
 - Baja confianza en uno mismo
 - Ideación recurrente de muerte o suicidio

Síntomas asociados:

- Pérdida de peso/apetito
- Pérdida de libido
- Fatiga/baja energía
- Ataques de pánico
- Rumiaciones obsesivas
- Excesiva preocupación por la propia salud

Infancia:

Antes de la pubertad, la depresión puede presentarse con características somáticas, irritabilidad y conductas oposicionistas, especialmente en niños - suele confundirse con el trastorno negativista desafiante. También puede haber una disminución en el rendimiento escolar.

Gravedad del trastorno:

- Depresión ansiosa leve: 6 ó 7 síntomas al día en las últimas 2 semanas. Los síntomas producen malestar. Los pacientes desarrollan la mayoría de las actividades, pero con mayor dificultad.
- Depresión ansiosa moderada: 8 ó más síntomas, con discapacidad marcada en al menos un área. Pueden presentar además síntomas neuro-vegetativos, como cambios en el apetito y el peso, falta de sueño, variación diurna del estado de ánimo o pérdida de libido. También pueden experimentar ataques de pánico.
- Depresión ansiosa severa: tienen todas las dificultades anteriores. Presentan malestar y discapacidad severos afectando a la mayoría de las áreas (trabajo, familia, actividades de la vida diaria). Algunos de los síntomas anteriores son de intensidad grave pudiendo presentar además agitación motora.

Diagnóstico diferencial:

- A. Enfermedades físicas: hipertiroidismo, síndrome de Cushing
- B. Efectos secundarios de la medicación (por ejemplo: los beta-bloqueantes, antihipertensivos, antagonistas de H₂, tratamiento con esteroides) o el uso de sustancias.

11. TRASTORNO DEPRESIVO

Problemas que presenta:

- Tristeza o estado de ánimo deprimido y falta de interés o placer son los síntomas principales que indican la presencia de un trastorno depresivo cuando se presentan durante al menos dos semanas
- El número y tipo de otros síntomas implicados son indicadores de gravedad. Los pacientes pueden presentar también, síntomas físicos como la pérdida de peso

Descripción clínica:

Se trata de un trastorno disfórico en el que los síntomas depresivos provocan un malestar o una disfunción significativa y llevan a un deterioro funcional y a la búsqueda de ayuda, sin presentarse síntomas relevantes de ansiedad.

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

- A. Ausencia de episodios maníacos previos.
- B. Presencia de al menos tres de una lista de cinco síntomas depresivos y unos pocos síntomas ansiosos, provocando un malestar o una disfunción significativos y dando lugar a alteraciones funcionales con una duración de al menos dos semanas. La letra "S" indica que se trata de una pregunta selectiva, si ambas respuestas son negativas, no hace falta preguntar las demás.
 - Estado de ánimo deprimido persistente (S)
 - Marcada disminución del interés o placer (S)
 - Sentimientos de inutilidad o de culpa
 - Confianza baja en uno mismo
 - Ideación recurrente de muerte o suicidio
- C. Presentan pocos síntomas de ansiedad y son los siguientes:
 - Sentirse nervioso, ansioso o al límite (S)
 - Incapacidad para controlar las propias preocupaciones (S)
 - Tener problemas para relajarse
 - Sentirse tan inquieto que resulta difícil quedarse quieto y
 - Sentir miedo de que algo terrible pueda suceder

Síntomas asociados:

Sueño y apetito alterados, agitación o enlentecimiento del movimiento o del habla, fatiga, irritabilidad, variación diurna del estado de ánimo, despertar precoz, disminución de la autoestima y de la confianza en sí mismo, visión sombría y pesimista del futuro.

Infancia:

Antes de la pubertad, la depresión puede presentarse con características somáticas, irritabilidad y conductas oposicionistas, especialmente en niños – suele confundirse con

el trastorno negativista desafiante. También puede haber una disminución en el rendimiento escolar.

Gravedad del trastorno:

- **Depresión leve:** presentan al menos tres síntomas de depresión al día en las últimas 2 semanas. Los síntomas producen malestar. Los pacientes desarrollan la mayoría de las actividades, pero con mayor dificultad

- **Depresión moderada:** presentan por lo menos cuatro síntomas todos los días durante las últimas 2 semanas, con discapacidad marcada en al menos un área. Pueden presentar además síntomas neuro-vegetativos, como cambios en el apetito y el peso, falta de sueño, variación diurna del estado de ánimo o pérdida de libido

- **Depresión severa:** tienen todas las dificultades anteriores siendo algunos de los síntomas, de intensidad grave. También pueden mostrar lentitud del habla y la acción, o ideación psicótica

Diagnóstico diferencial:

- Condiciones médicas:

- Hipo/hipertiroidismo, síndrome de Cushing
- Efectos secundarios de la medicación (por ejemplo: beta-bloqueantes, antihipertensivos, antagonistas de H₂, tratamiento con esteroides) o el uso de sustancias.
- Depresión ansiosa – (con tres o más síntomas de ansiedad)
- Trastorno de ansiedad – (con tres o más síntomas de ansiedad)
- *Trastorno de angustia corporal* - (los pacientes no cumplen tres o más síntomas depresivos)

12. TRASTORNO DE ANSIEDAD

Problemas que presenta:

- Los pacientes pueden presentar manifestaciones somáticas de ansiedad, tales como palpitaciones, temblor, boca seca o dolor de cabeza
- También pueden experimentar una sensación permanente de estar "al límite" y de sentirse ansiosos
- También pueden estar presentes los dolores debidos a tensión como el dolor de cabeza o los calambres en el estómago

Descripción clínica.

Se trata de un trastorno disfórico en el que los síntomas depresivos provocan un malestar o una disfunción significativa y llevan a un deterioro funcional y a la búsqueda de ayuda, sin presentarse síntomas relevantes depresivos.

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

Los pacientes presentan al menos tres de una lista de cinco síntomas de ansiedad (con no más de un síntoma) en las últimas dos semanas:

A. Los "síntomas de la ansiedad" son los siguientes:

- Sentirse nervioso, ansioso o al límite (S);
- Incapacidad para controlar las propias preocupaciones (S);
- Tener problemas para relajarse;
- Sentirse tan inquieto que resulta difícil quedarse quieto, y
- Sentir miedo de que algo terrible pueda suceder

B. Presentan pocos síntomas depresivos:

- Estado de ánimo deprimido persistente (S);
- Marcada disminución del interés o placer (S);
- sentimientos de inutilidad o de culpa
- confianza baja en uno mismo;
- ideación recurrente de muerte o suicidio.

Síntomas asociados:

Ataques de pánico, y síntomas de miedo relacionado con situaciones particulares con conductas de evitación.

Duración:

Al menos 2 semanas de síntomas de ansiedad continuados.

Infancia:

Suele cursar con síntomas somáticos pero la agitación y las preocupaciones recurrentes pueden ser los únicos síntomas. Muestran dificultades en la adaptación al colegio.

Gravedad del trastorno:

- Ansiedad leve: presentan 3 síntomas continuos de ansiedad que se prolongan durante 2 semanas. Los síntomas producen malestar. Los pacientes desarrollan la mayoría de las actividades, pero con mayor dificultad.
- Ansiedad moderada: presentan 4 ó 5 síntomas continuos de ansiedad que se prolongan durante 2 semanas. Producen una marcada discapacidad en al menos un área.
- Ansiedad severa: presentan 5 síntomas continuos de ansiedad que se prolongan durante dos semanas, varios de ellos, de gran intensidad, produciendo discapacidad grave. También puede haber agitación motora.

Diagnóstico diferencial:

1. Enfermedades físicas: hipo / hipertiroidismo, síndrome de Cushing.
2. Efectos secundarios de la medicación (agonistas beta, xantinas) o uso de sustancias como café tomado en exceso.

13. TRASTORNOS DISFÓRICOS

Problemas que presenta:

- Amplia variedad de quejas inespecíficas tales como fatiga, sueño escaso, baja energía, y síntomas leves de ansiedad y depresión
- En los centros de atención primaria este conjunto de síntomas a menudo depende y es influenciado por los determinantes sociales de la salud o por eventos estresantes de la vida, por lo que es necesario tener en cuenta los factores psicosociales, tanto en la evaluación como en el manejo del paciente

Descripción clínica:

Varios síntomas inespecíficos acompañados de síntomas de ansiedad y depresión que no cumplen los requisitos para el diagnóstico de ninguno de los dos trastornos, pero que cursan con algo de malestar y discapacidad (por ejemplo, el paciente no se siente capaz de ir a trabajar o llevar a cabo las tareas del hogar) durante al menos dos semanas. Se trata de un trastorno leve, y aunque a menudo es transitorio, puede evolucionar hasta convertirse en un caso diagnosticable.

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

- A. Debe haber al menos tres síntomas de ansiedad o depresión de la lista de 10, pero siempre por debajo de la cantidad necesaria para el diagnóstico de los casos de ansiedad o depresión
- B. Los síntomas de ansiedad incluyen: sentirse nervioso, ansioso, tenso o al límite, inquietud, y problemas para dormir
- C. Los síntomas depresivos incluyen sentirse triste o deprimido, encontrar dificultades para mantenerse dormido y despertar precoz.

Síntomas asociados:

- Fatiga y baja energía
- Irritabilidad
- Dificultad para dormir
- Los síntomas somáticos pueden también incluir dolor de cabeza y dolor de espalda, que se producen en momentos de estrés

Infancia:

Irritabilidad y síntomas somáticos no especificados como dolor de cabeza o dolor abdominal en los días de escuela. El niño presenta normalidad los fines de semana y en el examen físico.

Diagnóstico diferencial:

1. *Trastorno de angustia corporal (TAC)*. Estos pacientes deben tener al menos tres síntomas somáticos diferentes asociados a una preocupación persistente por su salud, y dedicar mucho tiempo y energía a preocupaciones relacionadas con su salud
2. Trastorno de ansiedad: 3 o más de los síntomas de ansiedad, que pueden o no ir acompañados por una serie de síntomas somáticos
3. Trastorno depresivo: 3 o más de los síntomas depresivos, que pueden o no ir acompañados por una serie de síntomas somáticos

4. Depresión ansiosa: deben satisfacer los requisitos de "2" y "3"

14. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Problemas que presenta:

Después de un trauma, la persona experimenta episodios repetidos en los que revive el trauma ("flashbacks") que se producen en un contexto persistente de sensación de "adormecimiento" por el miedo y evitación de señales que recuerdan a la víctima el trauma inicial.

Descripción clínica.

Respuesta retardada o prolongada a la exposición a una o más situaciones estresantes como la muerte o la amenaza de muerte, un daño grave o una amenaza de daño grave, una violación o amenaza de violación, habiendo experimentado el evento(s) o habiendo sido testigo presencial del mismo, mientras le sucedía a otras personas.

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

Debe cumplir al menos un síntoma de los siguientes cuatro grupos:

- A. Rememorar o revivir el evento repetitivamente y de forma intrusita en imágenes diurnas o en sueños
- B. Evitación de circunstancias parecidas o relacionadas con la situación estresante
- C. Desapego emocional llamativo, embotamiento emocional, incapacidad de experimentar emociones positivas. A veces hay una incapacidad para recordar, ya sea parcial o totalmente, algunos aspectos importantes del período de exposición al factor estresante
- D. Exceso de activación con alteraciones autonómicas, problemas para dormir, irritabilidad, problemas de concentración, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto
- E. Alteraciones en la activación que se inició o empeoró después del evento traumático, manifestando al menos 3 (en los niños, 2) de los siguientes:
 - C. Comportamiento irritable o agresivo
 - D. Comportamiento imprudente o autodestructivo
 - E. Hipervigilancia
 - F. Respuestas exageradas de sobresalto
 - G. Problemas de concentración

Síntomas asociados:

La ansiedad y /o la depresión se asocian generalmente con los síntomas anteriores y no son infrecuentes los signos y la ideación suicida. El uso excesivo de alcohol o drogas puede ser un factor agravante. Por lo general se da un estado de sobre-excitación autonómico.

Duración:

Un diagnóstico como "probable" sería plausible si el lapso de tiempo entre el evento y el inicio es de más de 6 meses, siempre que las manifestaciones clínicas sean típicas y que no exista una identificación alternativa del trastorno (por ejemplo, como trastorno de ansiedad u obsesivo-compulsivo o episodio depresivo).

Diagnóstico diferencial:

REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES DE LA OMS PARA ATENCIÓN PRIMARIA, LA CIE-11-AP | **Octubre 2011**

1. Depresión y ansiedad sin trastorno de estrés postraumático
2. Trastorno disociativo
3. Trastorno Obsesivo Compulsivo

15. TRASTORNO DE PÁNICO CON O SIN AGORAFOBIA

Problemas que presenta:

- Los pacientes pueden presentar síntomas físicos (por ejemplo, dolor en el pecho, mareos, dificultad para respirar, palpitaciones), que pueden incluir (o no) ataques inexplicables de ansiedad o temor con inicio súbito, desarrollo rápida y duración de unos pocos minutos
- La indagación puede revelar la presencia de temores específicos que conducen a la evitación o la restricción de actividades como acudir a la consulta del médico, ir de compras, visitar a otras personas

Características del diagnóstico:

Los ataques de pánico son ataques inexplicables de ansiedad o temor que empiezan de repente, se desarrollan rápidamente y pueden durar sólo unos minutos. Los ataques cursan a menudo con síntomas físicos como palpitaciones, dolor torácico, sensación de ahogo, estómago revuelto, mareos y síntomas psicológicos como sentimientos de irrealidad, o temor a un desastre personal (perder el control o volverse loco, infarto de miocardio, muerte súbita). Un ataque a menudo conduce al miedo a otro ataque y a evitar los lugares donde se han producido ataques, lo que lleva a temores irracionalmente intensos y a la evitación de los lugares o eventos específicos.

Síntomas asociados:

La agorafobia se refiere a ser incapaz de salir de casa (si no es acompañado) o no poder quedarse solo por miedo y a otros síntomas de ansiedad, incluyendo ataques de pánico.

Exclusiones:

Pánico que acompaña a la depresión ansiosa, donde los ataques de pánico no estaban presentes antes de desarrollar síntomas depresivos.

Diagnóstico diferencial:

- A. La depresión puede acompañar al trastorno de pánico con agorafobia, y debe ser diagnosticada si hay tres o más síntomas
- B. Muchas condiciones médicas pueden causar síntomas similares a los ataques de pánico (arritmia, isquemia cerebral, enfermedad coronaria, tirotoxicosis). La historia del paciente y el examen físico deberían ser suficientes para excluir muchas de ellas
- C. Abuso de sustancias o efectos de otros medicamentos

16. *SÍNDROME DE ANGUSTIA CORPORAL (TAC)*

Problemas que presenta:

El paciente presenta múltiples síntomas somáticos. Estos síntomas pueden estar influenciados por la cultura y cambiar con el tiempo.

Descripción clínica:

El paciente sufre de múltiples síntomas corporales persistentes, que están presentes a la vez. Con el fin de diagnosticar el *TAC*, los síntomas deben presentarse en algún momento como síntomas de activación autonómica, como tensión músculo-esquelética o como síntomas generales/neurológicos y cognitivos y dar lugar a alteraciones en la vida cotidiana. Los síntomas producen malestar y/o dan lugar a alteraciones significativas en la vida diaria, así como a preocupaciones persistentes acerca de la gravedad de los síntomas médicos.

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

El paciente debe tener al menos 3 síntomas concurrentes de uno de los siguientes grupos de órganos, o 4 o más de los síntomas característicos en total. Aquellos con 3 o más síntomas de 3 o más grupos se consideran casos severos de *TAC* o *TAC* de órganos múltiples:

- A. Activación cardiopulmonar /autonómica (por ejemplo, palpitaciones, malestar precordial, disnea sin realizar esfuerzo, hiperventilación, sudoración fría o caliente, temblor, sequedad de boca, agitación en el estómago, enrojecimiento o rubor)
- B. Activación gastrointestinal (por ejemplo, dolor abdominal, evacuaciones líquidas frecuentes, sensación de hinchazón, regurgitaciones, estreñimiento, diarrea, náuseas, vómitos, sensación de ardor en el pecho o epigastrio)
- C. Tensión musculoesquelética /tensión o disfunción del aparato locomotor (por ejemplo, dolores en los brazos o las piernas, dolores musculares o en las articulaciones, sensación de parálisis o debilidad muscular localizada, dolor de espalda, dolor que se desplaza de un lugar a otro, entumecimiento o sensación desagradable de hormigueo)
- D. Síntomas generales (por ejemplo, dificultades de concentración, alteración de la memoria, fatiga excesiva, dolor de cabeza, mareos)

Exclusión:

Las personas con ansiedad o depresión diagnosticada no deben ser diagnosticadas como *TAC*.

Gravedad del trastorno:

Si el paciente cumple criterios para 3 ó 4 grupos de síntomas, tendrá malestar corporal grave o de múltiples órganos.

Infancia:

El malestar corporal en los niños puede ser mono-sintomático, y el tipo de síntomas varía con la edad. El dolor abdominal y de cabeza son comunes en los niños más pequeños, mientras que la prevalencia de síntomas neurológicos y de fatiga parece aumentar con la edad. El malestar corporal en los niños pueden persistir en la vida adulta.

Diagnóstico diferencial:

1. Se debe considerar la posibilidad de enfermedad física con síntomas múltiples, por ejemplo, esclerosis múltiple, hiperparatiroidismo, porfiria aguda intermitente, miastenia gravis, SIDA, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Lyme, enfermedad de los tejidos conectivos
2. Trastorno psiquiátrico con presentación de síntomas físicos, por ejemplo, los trastornos disfóricos que cursan con síntomas físicos, abuso de sustancias, trastornos psicóticos
3. *Trastorno de preocupación por la salud* si los problemas de salud predominan sobre los propios síntomas
4. Trastorno de conversión si el cuadro sintomático es dominado por los síntomas neurológicos y la aparición de los síntomas está relacionada con un trauma psicológico severo

18. TRASTORNO DISOCIATIVO (DE CONVERSIÓN).

Problemas que presenta:

Los pacientes presentan síntomas inusuales o dramáticos, tales como convulsiones, amnesia, trance, pérdida de la sensibilidad, trastornos visuales, parálisis, afonía, confusión de la identidad y estados de "posesión".

Descripción clínica:

Están presentes uno o más síntomas que afectan funciones motoras voluntarias o sensoriales. Los síntomas producen malestar y/o dan lugar a alteraciones en la vida cotidiana. El inicio suele ser repentino y debe estar relacionado con un factor de estrés psicológico extremo/ trauma psicológico grave o circunstancias personales muy difíciles.

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

Tras una adecuada evaluación médica previa, se descarta que los síntomas se deban a:

- A. Condiciones médicas
- B. Sustancia o
- C. Comportamiento o experiencia culturalmente sancionados

Síntomas asociados:

En los casos agudos, los síntomas pueden:

- H. Ser dramáticos e inusuales
- I. Cambiar de vez en cuando
- J. Estar relacionados con la atención obtenida por parte de los demás

Diagnóstico diferencial:

1. Considerar trastornos físicos. Una historia completa (incluyendo la neurológica) y un examen físico son esenciales. Los primeros síntomas de los trastornos neurológicos (esclerosis múltiple, por ejemplo) pueden parecerse a los síntomas de conversión
2. Considerar la posibilidad de *TAC* si hay varios síntomas físicos presentes y la historia no muestra ningún trauma psicológico
3. Considerar la posibilidad de ansiedad /depresión, si estos síntomas acompañan a los síntomas disociativos

19. PROBLEMAS SEXUALES (DEL HOMBRE)

Problemas que presenta:

- Los pacientes pueden ser reacios a hablar de cuestiones sexuales. En su lugar, pueden quejarse de síntomas físicos, depresión o problemas de pareja
- Los problemas sexuales son a menudo somatizados, las expectativas pueden ser poco realistas y las explicaciones psicológicas y terapias pueden no ser fácilmente aceptadas
- En algunos lugares los pacientes pueden ser más propensos a considerar la disfunción sexual como física en lugar de origen psicológico. Sea cual sea el entorno, es importante recordar que los problemas sexuales suelen ser el resultado tanto de factores fisiológicos y psicológicos
- También es importante reconocer que la presentación de estos problemas debe tener en cuenta los contextos individuales, étnicos, culturales, religiosos y sociales
- Se debe tener en cuenta que los pacientes con problemas sexuales pueden tener un historial de abuso/agresión sexual (en la infancia o más adelante)

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

La disfunción sexual puede causar un malestar clínico significativo y dificultades interpersonales.

Los trastornos sexuales en los hombres son los siguientes:

- Disfunción eréctil
- Eyaculación precoz
- Retraso en la eyaculación o disfunción orgásmica (eyaculación intravaginal muy tardía o ausente, aunque a menudo pueda darse normalmente durante la masturbación)
- Falta o pérdida del deseo sexual

Se debe distinguir entre una disfunción sexual permanente y una adquirida, entre la generalizada y la situacional, y entre la causada por factores psicológicos frente a la causada por factores combinados.

Diagnóstico diferencial y condiciones concurrentes:

1. Los factores físicos como la diabetes, la hipertensión, el abuso de alcohol, tabaco, medicamentos (por ejemplo, antidepresivos, antipsicóticos, diuréticos y beta-bloqueantes), la esclerosis múltiple, la enfermedad vascular (en particular la enfermedad coronaria) y la lesión medular, contribuyen con frecuencia a la disfunción eréctil. (Importante: incapacidad para lograr una erección en cualquier momento del día- nocturna, por la mañana, durante la masturbación, etc)
2. La patología orgánica específica es una causa poco frecuente de la disfunción orgásmica o eyaculación precoz
3. Los problemas en las relaciones con los compañeros coexisten con frecuencia y pueden contribuir al trastorno sexual, especialmente los relacionados con el

deseo. Cuando existe desavenencia persistente en la relación, la terapia de pareja debe preceder al diagnóstico o tratamiento de la disfunción sexual

4. La disfunción eréctil y el deseo sexual disminuido o ausente pueden ser consecuencia de la depresión, la depresión ansiosa o los trastornos de angustia
5. Los pacientes pueden tener expectativas poco razonables sobre su propio desempeño
6. Considerar el hecho de que puede coexistir más de una disfunción sexual.

20. PROBLEMAS SEXUALES (DE LA MUJER)

Problemas que presenta:

- Los pacientes pueden ser reacios a hablar de cuestiones sexuales. En su lugar, pueden quejarse de síntomas físicos, depresión o problemas de pareja. Las pacientes pueden hablar de sus problemas sexuales en un examen citológico rutinario, en una clínica para mujeres o al hablar de métodos anticonceptivos, y también pueden presentar infertilidad
- Los problemas sexuales son a menudo somatizados, las expectativas pueden ser poco realistas y las explicaciones psicológicas y terapias pueden no ser fácilmente aceptadas
- En algunos lugares los pacientes pueden ser más propensos a considerar la disfunción sexual como física en lugar de de origen psicológico. Sea cual sea el entorno, es importante recordar que los problemas sexuales suelen ser el resultado tanto de factores fisiológicos y psicológicos
- También es importante reconocer que la presentación de estos problemas debe tener en cuenta los contextos individuales, étnicos, culturales, religiosos y sociales
- Se debe tener en cuenta que los pacientes con problemas sexuales pueden tener un historial de abuso/agresión sexual (en la infancia o más adelante)

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

La disfunción sexual puede causar un malestar clínico significativo y dificultades interpersonales.

Los trastornos sexuales que presentan las mujeres son:

- Falta o pérdida del deseo sexual, aversión sexual
- Trastorno de la excitación sexual (incapacidad para lograr/mantener una adecuada respuesta fisiológica a la excitación sexual)

Trastornos de sexuales por dolor:

- Vaginismo (contracción espasmódica de los músculos de la vagina durante la penetración acompañada de un miedo o fobia a la penetración - la fobia puede ocurrir sin el espasmo raramente)
- Dispareunia (dolor en la región vaginal o pélvica durante las relaciones sexuales)
- Trastorno del orgasmo (retraso o ausencia, de orgasmo o clímax).

Se debe distinguir entre una disfunción sexual permanente y una adquirida, entre la generalizada y la situacional, y entre la causada por factores psicológicos frente a la causada por factores combinados.

Diagnóstico diferencial y condiciones concurrentes:

1. El deseo disminuido o el trastorno de la excitación sexual puede ser una consecuencia de los problemas de depresión o de la relación, y puede estar relacionado con las demandas inapropiadas o poco realistas de la pareja. Las

mujeres pueden considerar el deseo disminuido como una respuesta natural a los problemas de estrés o de la relación

2. Los factores físicos contribuyen con frecuencia como la diabetes, la hipertensión, el abuso del alcohol, el tabaco, los medicamentos (antidepresivos, por ejemplo, los antipsicóticos, los diuréticos y los beta-bloqueantes), esclerosis múltiple y lesión medular
3. Los factores físicos como la diabetes, la hipertensión, el abuso de alcohol, tabaco, medicamentos (por ejemplo, antidepresivos, antipsicóticos, diuréticos y beta-bloqueantes), la esclerosis múltiple y la lesión medular, contribuyen con frecuencia suelen contribuir a la disfunción eréctil. Importante: debe tratarse de una incapacidad para lograr una erección en cualquier momento del día-nocturna, por la mañana, durante la masturbación, etc)

21. PROBLEMAS DEL SUEÑO

Problemas que presenta:

Los pacientes a menudo se quejan directamente sobre las dificultades que tienen para dormir, o los efectos discapacitantes de la falta de sueño. Éstos pueden incluir:

- Quedarse dormido en momentos inapropiados durante el día.
- Ser propenso a los accidentes en el trabajo (especialmente los conductores)
- Problemas educativos en los jóvenes
- Dependencia crónica de medicación hipnótica y, a veces, alcohol como medios (ineficaces) de ayudar a dormirse

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

Problemas comunes:

- Dificultad para conciliar el sueño
- Sueño agitado (despertarse frecuentemente durante la noche)
- Sueño no reparador

En muchos casos los problemas más comunes son el resultado de la mala higiene del sueño, por ejemplo, cuando el contexto ambiental no es propicio para el sueño (incluyendo ronquidos o compañero de cama inquieto), el consumo excesivo de cafeína o el uso excesivo de nicotina o alcohol, especialmente por la noche, o la ausencia de un horario regular para acostarse y despertarse

La somnolencia durante el día se debe a veces a la apnea obstructiva del sueño o al sueño patológico paroxístico (narcolepsia)

Diagnóstico diferencial:

1. Considerar la posibilidad de trastornos físicos que pueden perturbar el sueño, como por ejemplo, condiciones dolorosas, trastornos respiratorios, apnea del sueño en particular, ronquidos seguidos de interrupción de la respiración por parte de la pareja
2. Considerar la posibilidad de presencia de narcolepsia, donde el paciente no puede resistir entrar en periodos de sueño profundo durante el día, a menudo por menos de una hora
3. Considerar los medicamentos que pueden causar insomnio, incluyendo descongestionantes, teofilina, algunos antidepresivos e hipnóticos en la fase de retirada
4. Considerar problemas del sueño a corto plazo (varias semanas) que pueden ser consecuencia de graves enfermedades físicas o acontecimientos estresantes de la vida
5. Considerar insomnio persistente (meses o años) que puede indicar por ejemplo, otros trastornos psiquiátricos como ansiedad o depresión
6. Los problemas del sueño pueden ser el síntoma de presentación del abuso de alcohol o sustancias

22. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Problemas que presenta:

- Los pacientes suelen presentar problemas físicos, que son el resultado de la restricción extrema de la dieta, los atracones y las diversas conductas de control de peso extremas como, tales como los vómitos autoinducidos, el ejercicio impulsado o el mal uso de laxantes
- El paciente puede, con menor frecuencia, presentar preocupación por el peso

Los pacientes también pueden presentar:

- Síntomas gastrointestinales: dolor abdominal, hinchazón, estreñimiento, alergia/intolerancia a los alimentos
- En mujeres, trastornos menstruales o amenorrea
- Síntomas no específicos: intolerancia al frío, mareos, letargo
- Problemas de la oro-faringe, problemas dentales, inflamación de las glándulas salivales
- Cambios en el cabello, las uñas o la piel

La familia puede pedir ayuda debido a la pérdida de peso del paciente, su rechazo a comer, los vómitos o la amenorrea. Las primeras etapas pueden incluir niveles de restricción en la dieta o episodios de atracones de comida que causan alarma en la familia.

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

Este es un trastorno de espectro, que va desde el trastorno de atracones alimentarios común, a la mucho menos frecuente la anorexia nerviosa.

Las características comunes de los tres trastornos de la alimentación son los siguientes:

- Miedo irracional a estar gordo o ganar peso
- Grandes esfuerzos para controlar/reducir el peso (por ejemplo, dieta estricta, vómitos, uso de purgantes, ejercicio excesivo)

Síntomas asociados:

- El examen físico puede mostrar palidez, rostro demacrado (ojos grandes), nudillos de las manos gruesos, hipotermia, hipotensión, edema periférico, pulso lento, arritmias
- Preocupación por la comida

➤ Trastorno Compulsivo de la Alimentación

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

- Hay episodios recurrentes de atracones de comida (es decir, episodios aislados de comer en exceso sin control), en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses
- El trastorno puede conducir a un aumento de peso
- El comer compulsivamente no está asociado con el uso recurrente de conductas compensatorias inadecuadas (por ejemplo, purgas o vómitos) y no ocurre

exclusivamente en el transcurso de la bulimia nerviosa o anorexia nerviosa

➤ **Bulimia Nerviosa:**

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

- El peso corporal puede ser normal o muestra cambios rápidos
- Se producen atracones (es decir, comer una cantidad de alimento que es definitivamente más grande de la que la mayoría de la gente comería en un período similar de tiempo bajo circunstancias similares)
- Se produce purga (intentos de eliminar los alimentos por el vómito autoinducido o el uso indebido de laxantes, diuréticos u otros medicamentos)

Otros síntomas asociados:

- Otras medidas compensatorias como el ejercicio excesivo o cortos períodos de ayuno
 - Autoevaluación basada en la forma del cuerpo y el peso.
- Los pacientes con Anorexia Nerviosa suelen mostrar:
- Peso, medido como índice de masa corporal (IMC) $<17,5 \text{ kg/m}^2$
 - En su forma severa puede llegar a un índice de masa corporal $<15 \text{ kg/m}^2$ y /o a una pérdida rápida de peso $> 0,5 \text{ kg}$ por semana
 - Amenorrea por tres meses o más (salvo que esté tomando un anticonceptivo oral)
 - Una proporción de pacientes realizan atracones y purgas
 - Alteración de la percepción de la imagen corporal

(Un paciente puede mostrar ambos patrones de anorexia y bulimia en diferentes momentos)

Infancia:

Pueden presentar problemas de crecimiento o retraso en el desarrollo sexual secundario, si son pre-púberes.

Diagnóstico diferencial:

Enfermedad física (por ejemplo, el síndrome de mala-absorción, enfermedades inflamatorias crónicas intestinales, tumores, tuberculosis, vasculitis y diabetes mellitus). Puede causar pérdida de peso o vómitos, aunque no auto-inducidos.

23. TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

Problemas que presenta:

El paciente puede presentar:

- Problemas asociados con su consumo de alcohol: depresión, nerviosismo, insomnio, así como
- Complicaciones físicas del consumo de alcohol (úlceras, gastritis, enfermedad del hígado)
- Accidentes o lesiones debido al uso de alcohol, o
- Falta de memoria o concentración

También puede haber:

- Problemas legales o sociales, debido a problemas de consumo de alcohol (problemas de pareja y familia, violencia doméstica, ausencias en el trabajo)
- Signos de abstinencia de alcohol (sudoración, temblores, náuseas, alucinaciones)
- Los pacientes a veces puede negar o no ser conscientes de sus problemas con el alcohol

La familia puede pedir ayuda antes que el paciente (por ejemplo, porque el paciente está irritable en casa o falta al trabajo). Los síntomas que aparecen pueden diferir entre hombres y mujeres.

Descripción clínica:

Trastorno que se caracteriza por el consumo excesivo de alcohol, conduce a un daño psicológico, físico y social y a la dependencia. El consumo de alcohol puede ser constante o si se presentan episodios, "de borrachera".

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

- A.** Consumo peligroso de alcohol. Bebedores cuyo consumo representa un riesgo considerable para la propia salud y la de los demás
- B.** La cantidad será definida por las normas locales, por ejemplo, más de 21 bebidas estándar por semana para los hombres, más de 14 bebidas estándar por semana para las mujeres (nota: el contenido de alcohol de las bebidas alcohólicas varía)
- C.** Consumo perjudicial de alcohol. Bebedores para los que no hay evidencia clara de que el consumo de alcohol sea responsable de (o contribuya sustancialmente a) los daños físicos, sociales o psicológicos, incluyendo las alteraciones en el juicio o el comportamiento disfuncional
- D.** Se da un abandono progresivo de otras actividades placenteras

Síndrome de dependencia:

- Continúa el consumo de alcohol a pesar del daño provocado
- Dificultad para controlar el consumo de alcohol
- Fuerte deseo de consumo de alcohol
- Tolerancia (la persona bebe grandes cantidades de alcohol sin que parezca intoxicado)
- Abstinencia (ansiedad, temblores, sudoración, delirio, convulsiones)

Beber alcohol durante el embarazo puede causar el síndrome de alcoholismo fetal, con un desarrollo anormal del cerebro, retraso del crecimiento, características faciales típicas y anomalías neurológicas.

Infancia:

Los niños también pueden tomar alcohol en exceso y desarrollar trastornos relacionados con el alcohol.

Diagnóstico diferencial:

1. Considerar la posibilidad de que otros trastornos psiquiátricos contribuyan a los problemas con el alcohol, tales como ansiedad o depresión
2. También pueden surgir después de un período de abstinencia
3. El trastorno bipolar se asocia con el alcohol y el consumo de drogas

24. TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS

Problemas que presenta:

El paciente puede presentar:

- Depresión, nerviosismo, insomnio,
- Complicaciones físicas del consumo de drogas
- Accidentes o lesiones debido al uso de alcohol
- Una amplia gama de otros síntomas y signos de intoxicación aguda por drogas o de abstinencia

También puede haber:

- Cambio inexplicable en el comportamiento, la apariencia o el funcionamiento
- Negación del uso de drogas
- Quejas relacionadas con dolor o solicitud directa de narcóticos u otras drogas
- Problemas legales o sociales debido al consumo de drogas (problemas de pareja y familia, violencia doméstica, ausencias al trabajo, actividad criminal para financiar los gastos del consumo)

La familia puede pedir ayuda antes que el paciente (por ejemplo, porque el paciente está irritable en casa o falta al trabajo).

Descripción clínica:

Trastorno que se caracteriza por el consumo excesivo de drogas (incluidas las drogas ilícitas (por ejemplo, los opiáceos, estimulantes, cannabis) medicamentos con receta (por ejemplo, benzodiacepinas, opiáceos sintéticos) y otros tóxicos químicos comunes (por ejemplo, disolventes, líquido para mecheros), que deriva en daños psicológicos, sociales y físicos y en la dependencia.

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

- Uso excesivo o frecuente:

Cuando el uso de drogas:

- Ha causado daño físico (por ejemplo, lesiones en estado de ebriedad), daño psicológico (por ejemplo, síntomas psiquiátricos debido al consumo de drogas, trastornos psiquiátricos, exacerbados por el consumo de drogas) o
- Ha dado lugar a consecuencias sociales perjudiciales (por ejemplo, la pérdida de trabajo, familia y graves problemas de pareja, problemas financieros y legales)

Las formas graves pueden mostrar:

Síndrome de dependencia:

- Continúa el uso de drogas a pesar del daño
- Dificultad para controlar el consumo de drogas
- Fuerte deseo de consumir drogas

Diagnóstico diferencial:

1. Considerar la posibilidad de que otros trastornos psiquiátricos contribuyan a los problemas con las drogas, tales como ansiedad o depresión.
2. También pueden surgir después de un período de abstinencia.
3. El trastorno bipolar se asocia con el alcohol y el consumo de drogas.

25. TRASTORNOS POR CONSUMO DE TABACO

Problemas que presenta:

- Los pacientes pueden solicitar ayuda para dejar de fumar
- A los pacientes con enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, como la tos, las infecciones respiratorias, la expectoración frecuente, la presión arterial alta o las enfermedades del corazón, hay que preguntarles directamente sobre sus hábitos de fumar

Descripción clínica:

Trastorno que se caracteriza por el consumo de tabaco (por fumar o mascar) que conduce a la dependencia y daños físicos.

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

Cualquier uso regular es potencialmente perjudicial y conduce a la dependencia.

Síndrome de dependencia:

- Uso continuo de la droga a pesar del daño continuado
- Dificultad para controlar el consumo
- Fuerte deseo de fumar
- Síntomas de abstinencia de la nicotina

Información sobre salud:

Los padres de niños pequeños que fuman pueden contribuir a problemas respiratorios en los niños

Fumar durante el embarazo provoca un parto prematuro, bajo peso al nacer y el doble de probabilidad de muerte súbita del lactante

El tabaquismo es una contribuye de forma importante al cáncer de pulmón, la presión arterial alta, las enfermedades del corazón y la enfermedad vascular periférica

Infancia:

Los niños pueden empezar a fumar a una edad temprana y mostrar síntomas de dependencia.

Diagnóstico diferencial:

Comúnmente en concurrencia con otros trastornos relacionados con sustancias.

26. TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Problemas que presenta:

- Los pacientes muestran un patrón característico de comportamiento problemático a lo largo del tiempo, en sus relaciones con otras personas
- Esto puede tener una variedad de presentaciones que incluye episodios de inestabilidad, de amenaza o auto-lesión, del estado de ánimo, de sospecha o de denuncias reiteradas sobre el comportamiento de los demás o simplemente de evitación de las personas
- Puede haber un conflicto grave en las relaciones personales y episodios de agresión y violencia

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

Presenta un patrón permanente de relaciones difíciles y perturbadas con otras personas.

Síntomas asociados:

La dificultad para relacionarse con otras personas se manifiesta en un comportamiento agresivo o antagónico, sospecha y retraimiento, o rechazo del contacto social, necesidad excesiva de control y orden, o en que cambia rápidamente de emociones que van desde la ira a los sentimientos autodestructivos.

En algunos de ellos, se da una tendencia a participar en relaciones personales intensas e inestables lo cual provoca repetidas crisis emocionales, a menudo marcadas con episodios de automutilación o amenazas de suicidio. Pueden mostrar ira excesiva durante los períodos de crisis, con cambios bruscos de síntomas depresivos y/o de ansiedad. Pueden presentar otros comportamientos perjudiciales para sí mismos tales como el consumo de alcohol y de drogas, los hurtos en tiendas, la conducción temeraria y los atracos.

También puede haber dificultad para involucrarse en relaciones de apoyo estable y efectivo con los profesionales de la salud con una tendencia a acudir en las crisis, pero a no asistir cuando la crisis se ha resuelto o a culpar a otros de sus problemas.

➤ En casos graves, pueden darse:

- Breves períodos de síntomas psicóticos, no asociados con el consumo de drogas
- Grave riesgo para sí mismos debido a la autolesión o el descuido personal
- Grave riesgo para la seguridad de los demás debido a la violencia o explosión.

Diagnóstico diferencial:

1. Trastorno bipolar
2. Trastorno depresivo
3. Trastorno por consumo de drogas

27. DEMENCIA

Problemas que presenta:

- El paciente puede presentar olvido o sensación de depresión
- La familia se queja de la caída de la capacidad de memoria, los cambios en la personalidad o en el comportamiento, la falta de higiene o las formas graves, como confusión, deambulación o incontinencia

Descripción clínica:

La demencia es una manifestación clínica de daño en el tejido cerebral, ya sea por un proceso degenerativo, un accidente cerebrovascular o causas metabólicas.

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

Cambios cognitivos. La característica principal son los problemas con la memoria. Hay dificultades en el aprendizaje de nueva información, en recordar los últimos acontecimientos de la vida, y en recordar la información aprendida previamente (amnesia).

Síntomas asociados:

Otros síntomas cognitivos son la afasia (ya sea expresiva o receptiva), apraxia (incapacidad para llevar a cabo tareas - como vestirse - a pesar de hallarse intactos los sistemas sensoriales y motores) y agnosia (incapacidad para reconocer personas y objetos).

Los problemas de comportamiento incluyen el ruido, la inquietud, el vagar y perderse, la incontinencia, las conductas antisociales e inadecuadas debido a la desinhibición, la agitación y el estar fuera de la cama o confinado a la cama. Las actividades diarias, como cocinar, ir de compras, salir de la casa y pagar las cuentas también pueden verse afectadas.

Los síntomas psiquiátricos incluyen sentirse deprimido, ideas de desconfianza y paranoia (sobre que la gente los está perjudicando o robando), alucinaciones, trastornos del sueño, vagabundeo, apatía y ansiedad.

Los cambios de personalidad como la tendencia a la frustración, los ataques explosivos de ira, el embotamiento y el desinterés por la amistad, el aislamiento social y la conducta amigable inapropiada.

Las causas más comunes de demencia son:

- La enfermedad de Alzheimer (curso gradual y progresivo)
- La demencia vascular cerebral (con curso escalonado, asociada con la hipertensión)
- La enfermedad de Parkinson

Las causas potencialmente reversibles incluyen:

- La depresión - si el estado de ánimo bajo es persistente y prominente, junto con la memoria y el problema de la concentración.
- La vitamina B12 y la deficiencia de folato

- El Síndrome de Korsakoff (con graves problemas de memoria a corto plazo debido a la deficiencia de tiamina, se ve en el alcoholismo)
- La insuficiencia cardíaca congestiva
- La uremia puede serlo
- La insuficiencia del hígado - puede ser reversible
- Infección urinaria
- Hematoma subdural
- El tumor cerebral
- La hidrocefalia de presión normal
- La infección por VIH
- La neurosífilis
- Los medicamentos con receta o el alcohol

Diagnóstico diferencial:

Deterioro cognitivo leve, el deterioro de la memoria no interfiere con el funcionamiento ocupacional o social

28. DELIRIUM

Problemas que presenta:

El paciente puede presentar confusión, sensación de miedo con inquietud y agitación y a menudo no coopera.

Descripción clínica:

El inicio suele ser agudo para desarrollarse en un período corto de tiempo (horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.

Síntomas necesarios para el diagnóstico:

- A. Obnubilación de la conciencia con confusión
- B. Desorientación en el tiempo (seguido por desorientación general)

Síntomas asociados:

- Alteraciones de la memoria y el registro
- Alucinaciones (generalmente visuales) e ilusiones
- La inquietud es común, pero la lentitud y la apatía también pueden presentarse

Hay alteración de la conciencia con reducción de conciencia de lo circundante y falta de atención (disminución de la capacidad para centrar, mantener y desviar la atención). Puede haber pensamiento desorganizado y discurso incoherente.

Aunque los pacientes agitados atraen la atención médica y de los enfermeros con su comportamiento inquietante y perturbador, los síntomas del delirio hipo activo son fáciles de pasar por alto, y se caracteriza por síntomas como bajo estado de ánimo y fatiga, letargo, confusión y lentitud.

Diagnóstico diferencial:

El delirio es un diagnóstico de primera fase - la tarea del clínico consiste en encontrar su causa:

1. Las infecciones graves
2. La intoxicación por alcohol o abstinencia (delirium tremens)
3. La intoxicación por drogas (una amplia gama de fármacos) o abstinencia
4. Los cambios metabólicos (por ejemplo, enfermedad hepática, deshidratación e hipoglucemia)
5. Las lesiones en la cabeza
6. De origen vascular - ataque al corazón, anemia, insuficiencia cardíaca
7. Postoperatorio

En la reunión vamos a pedir su opinión acerca de sólo tres de estos trastornos: la depresión ansiosa, los *Trastornos de angustia corporal* y de *Preocupación por la salud*.

En dicha reunión, vamos a tratar sólo estos tres trastornos, resaltados. Si quiere hacer algún comentario sobre cualquiera de alguno de los otros trastornos nuevos por favor, envíe sus comentarios a davidpgoldberg@yahoo.com

Discutiremos sobre si usted piensa que existe una forma alternativa de definir los *Trastornos angustia corporal* que sea mejor para las necesidades de los médicos de atención primaria.

En la reunión se pedirá su opinión sobre:

1. Si usted piensa que el diagnóstico "depresión ansiosa" es necesario en atención primaria
2. Si prefiere hacer dos diagnósticos separados cuando los pacientes están deprimidos o ansiosos, o simplemente ignorar los síntomas de ansiedad y etiquetar al paciente como un caso de depresión
3. Si usted piensa que el Trastorno de preocupación por la salud es diferente del *Trastorno de angustia corporal* y por lo tanto también debe ser incluido en la clasificación