

DSM-V: Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El *miedo* es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la *ansiedad* es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. A veces, el nivel de miedo o ansiedad se ve reducido por conductas evitativas generalizadas. Las crisis de pánico (*panic attacks*) se presentan principalmente con los trastornos de ansiedad como un tipo particular de respuesta al miedo. Las crisis de pánico no se limitan a los trastornos de ansiedad, sino que también pueden ser observadas en otros trastornos mentales.

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados.

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes (p. ej., suelen tener una duración de 6 meses o más). Sin embargo, este criterio temporal pretende servir de guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad y pudiendo ser la duración más corta en los niños (como en el trastorno de ansiedad por separación y en el mutismo selectivo). Puesto que los sujetos con trastornos de ansiedad suelen sobrestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan, el análisis decisivo de si ese miedo o ansiedad es excesivo o desproporcionado lo realiza el clínico teniendo en cuenta factores de contexto cultural. Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. La mayoría aparece más frecuentemente en mujeres que en varones (aproximadamente en una proporción de 2:1). Cada trastorno de ansiedad se diagnostica sólo cuando los síntomas no son atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia/ medicamento u otra afección médica, o no se explican mejor por otro trastorno mental.

Este capítulo se organiza de acuerdo con el desarrollo, con los trastornos ordenados según la edad típica al inicio de los síntomas. La persona con trastornos de ansiedad por separación se encuentra asustada o ansiosa ante la separación de aquellas personas por las que siente apego en un grado que es inapropiado para el desarrollo. Existe miedo o ansiedad persistente sobre los posibles daños que puedan sufrir las personas por las que siente apego y sobre las situaciones que puedan llevar a la pérdida o separación de las personas a quienes el sujeto está vinculado y rechazo a separarse de estas personas de mayor apego, así como pesadillas y síntomas físicos de angustia. A pesar de que estos síntomas a menudo se desarrollan en la infancia, pueden expresarse también en la edad adulta.

El mutismo selectivo se caracteriza por una incapacidad para hablar en las situaciones sociales en que hay expectativa de hablar (p. ej., en la escuela), a pesar de que la persona habla en otras situaciones. La falta de habla tiene consecuencias significativas en los logros académicos o laborales, o bien altera la comunicación social normal.

Los individuos con fobia específica presentan miedo hacia situaciones u objetos precisos o los evitan. La cognición específica no es característica de este trastorno, como en otros trastornos de ansiedad. El miedo, la ansiedad y la evitación están casi siempre inducidos inmediatamente por la

situación fóbica, en un grado persistente o desproporcionado al riesgo real planteado. Hay varios tipos de fobias específicas: animales, entorno natural, sangre-inyecciones-heridas, situacional y otras circunstancias.

En el trastorno de ansiedad social (fobia social), la persona siente miedo o ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado, o bien las evita. Esto incluye interacciones sociales tales como reuniones con personas desconocidas, situaciones en las que la persona puede ser observada comiendo o bebiendo, y situaciones en las que la persona ha de actuar ante otros. La ideación cognitiva es la de ser evaluado negativamente por los demás, por sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros.

En el trastorno de pánico, la persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico y está persistentemente intranquila o preocupada sobre tener nuevas crisis o cambia de manera desadaptativa su comportamiento debido a las crisis de pánico (p. ej., evitación del ejercicio o de situaciones desconocidas). Las crisis de pánico se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos. Las crisis de pánico pueden ser *esperadas*, en respuesta a objetos o situaciones típicamente temidas, o *inesperadas*, ocurriendo la crisis sin razón aparente. Las crisis de pánico funcionan como marcadores y factores pronósticos de la severidad, el curso y la comorbilidad de una amplia variedad de trastornos, incluidos, entre otros, los trastornos de ansiedad (p. ej., abuso de sustancias, trastornos depresivos y trastornos psicóticos). Por lo tanto, la crisis de pánico puede actuar como un especificador descriptivo de cualquier trastorno de ansiedad, así como de otros trastornos mentales.

Los individuos con agorafobia se sienten temerosos o ansiosos ante dos o más de las siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, encontrarse en lugares cerrados, hacer cola o estar en una multitud, y encontrarse solos fuera de casa en otras situaciones. La persona teme estas situaciones debido a pensamientos sobre el desarrollo de síntomas similares a la crisis de pánico u otros síntomas incapacitantes o humillantes en circunstancias en las que escapar sería difícil o donde no se podría disponer de ayuda. Estas situaciones casi siempre inducen miedo o ansiedad y son evitadas a menudo, o requieren la presencia de un acompañante.

Las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos engloba la ansiedad debida a intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos. En el trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de una enfermedad médica.

Existen escalas específicas para cada trastorno que sirven para caracterizar mejor su gravedad y captar las variaciones de la misma a lo largo del tiempo. Para facilitar su uso, particularmente en las personas con más de un trastorno de ansiedad, estas escalas se han desarrollado con el mismo formato (pero distinto enfoque) en todos los casos, con puntuaciones de los síntomas conductuales, cognitivos y físicos relevantes de cada trastorno.

Trastorno de ansiedad por separación

Criterios diagnósticos (F93.0)

309.21

- A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:
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 (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
 4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a 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 o en 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 físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.
- B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.
- C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro autista, delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos, rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia, preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada, o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad por separación es una ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o de las personas a quienes el sujeto está vinculado (Criterio A). La ansiedad es superior a la que se espera en los sujetos con el mismo nivel de desarrollo. Los sujetos con trastorno de ansiedad por separación tienen síntomas que cumplen al menos 3 de los siguientes criterios: experimentan un malestar excesivo recurrente al estar separados de su hogar o de las figuras de mayor apego (Criterio A1). Se preocupan por el bienestar o la muerte de las personas por las que sienten apego, sobre todo cuando se separan de ellas, y sienten necesidad de conocer el paradero de las figuras de mayor apego y deseo de estar en contacto con ellas (Criterio A2). Asimismo, también se muestran preocupados por los acontecimientos adversos que puedan sucederles a ellos mismos, como miedo a perderse, a ser secuestrados o a sufrir un accidente, y les impidan reunirse de nuevo con las figuras de apego (Criterio A3). Los sujetos con ansiedad por separación se muestran reacios o rechazan irse solos debido a su temor ante la separación (Criterio A4). Muestran una excesiva y persistente negación o rechazo a estar solos o sin una figura de apego en casa o en otros lugares. Los niños con trastorno de ansiedad por separación son a veces incapaces de permanecer en una habitación solos y pueden manifestar comportamientos de "aferramiento", situándose muy cerca del padre o la madre y convirtiéndose en su "sombra" por toda la casa, o requiriendo que alguien esté con ellos cuando van a otras habitaciones (Criterio A5). Suelen rechazar o negarse a ir a dormir sin que esté cerca una figura de mayor apego, o a dormir fuera de casa (Criterio A6). Los niños con este trastorno suelen tener problemas llegada la hora de acostarse y pueden insistir en que alguien permanezca con ellos hasta conciliar el sueño. Durante la noche pueden trasladarse a la cama de sus padres (o a la de otra persona vinculante, como un hermano). Los niños pueden ser reacios o negarse a acudir a campamentos, a dormir en casas de amigos o a irse a hacer recados. Los adultos pueden sentirse incómodos al viajar solos (p. ej., al dormir en una habitación de hotel). Los individuos pueden tener pesadillas repetidas cuyo conte

nido expresa sus propios temores (p. ej., destrucción de la familia por un incendio, asesinato u otra catástrofe) (Criterio A7). Los síntomas físicos (tales como dolores de estómago, cefaleas, náuseas y vómitos) son comunes en los niños cuando ocurre o se prevé la separación. Los niños más pequeños pocas veces manifiestan síntomas cardiovasculares como palpitaciones, vértigos y sensación de desmayo, síntomas que sí pueden observarse en los sujetos de más edad.

Esta alteración suele mantenerse durante un período de al menos 4 semanas en los niños y los adolescentes menores de 18 años, y normalmente dura 6 meses o más en los adultos (Criterio B). Sin embargo, el criterio de la duración debe emplearse en los adultos a título orientativo, permitiendo cierto grado de flexibilidad. La alteración debe producir un malestar clínicamente significativo o deterioro del rendimiento social, académico, laboral o de otros ámbitos importantes (Criterio C).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Al alejarse del hogar o de las personas de gran apego, los niños con trastorno de ansiedad por separación pueden manifestar de modo recurrente retraimiento social, apatía, tristeza o dificultad para concentrarse en el trabajo o en el juego. En función de su edad, los individuos pueden experimentar miedo hacia los animales, los monstruos, la oscuridad, los fantasmas, los ladrones, los secuestradores, los accidentes de automóvil, los viajes en avión y otras situaciones que se perciban como peligrosas para la integridad de la familia o de sí mismos. Algunos individuos se sienten incómodos y melancólicos, incluso tristes, cuando están fuera de casa. El trastorno de ansiedad por separación en los niños puede dar lugar a una negativa a ir al colegio, lo que puede originar problemas académicos y de evitación social. Cuando están muy alterados ante la perspectiva de una separación, los niños pueden mostrarse coléricos y, ocasionalmente, pueden golpear a quien les esté forzando a dicha separación. Cuando están solos, especialmente por la noche, los niños de menor edad pueden experimentar percepciones inusuales (p. ej., ver personas que dan vueltas por su habitación o criaturas monstruosas que intentan cogerlos, sentir que unos ojos les miran atentamente). Los niños con este trastorno suelen describirse como exigentes, intrusivos y con necesidad de atención constante. Las excesivas peticiones del niño suelen producir frecuentes frustraciones en sus padres, dando lugar a resentimiento y a conflictos en la familia.

Prevalencia

La prevalencia anual del trastorno de ansiedad por separación entre los adultos de Estados Unidos es del 0,9 al 1,9 %. En los niños, la prevalencia en un período de entre 6 y 12 meses es del 4 %. En los adolescentes de Estados Unidos, la prevalencia anual es del 1,6 %. La prevalencia del trastorno de ansiedad por separación disminuye desde la infancia hasta la adolescencia y la edad adulta, y es el trastorno de ansiedad más prevalente en los niños menores de 12 años. En las poblaciones clínicas de niños, el trastorno tiene la misma frecuencia en los varones y en las mujeres. En la población general, es más frecuente en las mujeres.

Desarrollo y curso

Los períodos de ansiedad elevada por la separación de las figuras de apego forman parte normal del desarrollo temprano y pueden indicar el desarrollo de relaciones de apego seguras (p. ej., en tomo al primer año de edad, los niños pueden sufrir ansiedad ante los extraños). 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 períodos de exacerbación y de remisión. Tanto la ansiedad por una posible separación como la evitación de situaciones que impliquen separación (p. ej., ir a la universidad) pueden persistir durante varios años. Sin embargo, 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 trastorno de ansiedad por separación no recuerdan que éste empezara en la infancia, aunque es posible que recuerden síntomas.

Las manifestaciones del trastorno de ansiedad por separación varían con la edad. Los niños más pequeños pueden ser más reacios a ir a la escuela o pueden eludirla por completo. Es posible que los niños más pequeños no expresen miedos específicos en relación con amenazas concretas para sus padres, su hogar o ellos mismos, y que la ansiedad sólo se manifieste cuando se experimenta la separación. A medida que los niños se hacen mayores, las preocupaciones o miedos suelen especificarse (p. ej., secuestro, asesinato). Los adultos con este trastorno están demasiado preocupados por sus hijos y cónyuges, al tiempo que experimentan un notable malestar al separarse de ellos. También pueden experimentar una alteración significativa en el ámbito laboral o en los acontecimientos sociales por la necesidad de comprobar de forma continua el paradero de un ser querido.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. El trastorno de ansiedad por separación se desarrolla con frecuencia después de un estrés vital, en especial de una pérdida (p. ej., la muerte de una mascota familiar, una enfermedad propia o de un familiar, un cambio de colegio, el divorcio parental, una mudanza a un nuevo entorno, la inmigración y una catástrofe que suponga períodos de separación de las figuras de apego). En los adultos jóvenes, otros ejemplos de estrés vital son dejar la casa de los padres, entablar una relación sentimental y convertirse en padre. La sobreprotección parental y el intrusismo pueden estar asociados con el trastorno de ansiedad por separación.

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de ansiedad por separación en los niños puede ser hereditario. La heredabilidad estimada es del 73 % en una muestra comunitaria de gemelos de 6 años de edad, con cifras más altas en las niñas. Los niños con trastorno de ansiedad por separación muestran un particular aumento de la sensibilidad a la estimulación respiratoria mediante aire enriquecido con CO₂.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El grado en que sería deseable tolerar la separación varía de unas culturas a otras, por lo que en algunas de ellas se evitan las ocasiones y exigencias de separación entre padres e hijos. Por ejemplo, la edad a la que se espera que la descendencia abandone el hogar familiar varía ampliamente entre los distintos países y culturas. Es importante distinguir el trastorno de ansiedad por separación del elevado valor que algunas culturas conceden a la fuerte interdependencia entre familiares.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las niñas manifiestan una mayor reticencia o evitación a asistir a la escuela que los niños. La expresión indirecta del miedo a la separación puede ser más común en los varones que en las mujeres, por ejemplo, a través de una limitación en el funcionamiento independiente, rechazo a estar fuera de casa solo, angustia cuando el cónyuge o los hijos hacen cosas de forma independiente, o cuando el contacto con el cónyuge o los hijos no es posible.

Riesgo de suicidio

El trastorno de ansiedad por separación en los niños puede estar asociado con un riesgo mayor de suicidio. En la población general, la presencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad o de uso de sustancias se ha asociado a ideas e intentos de suicidio. Sin embargo, esta asociación no es específica para el trastorno de ansiedad por separación y aparece en varios trastornos de ansiedad.

Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad por separación

Los sujetos con trastorno de ansiedad por separación a menudo limitan sus actividades independientes lejos del hogar o de las personas por las que sienten apego (p. ej., los niños evitan ir a la escuela,

no acuden a los campamentos, tienen dificultad para dormir solos; los adolescentes no van a la facultad; los adultos no abandonan el domicilio familiar, no viajan y no trabajan fuera de casa).

Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad generalizada. El trastorno de ansiedad por separación se distingue del trastorno de ansiedad generalizada en que la ansiedad se refiere predominantemente a la separación con respecto al hogar y a las personas vinculadas.

Trastorno de pánico. Las amenazas de separación pueden conducir a la ansiedad extrema e incluso a crisis de pánico. A diferencia de lo que sucede en el trastorno de pánico, la ansiedad se refiere a la separación con respecto a las personas vinculadas o al hogar, más que a resultar incapacitado por una crisis de pánico inesperada.

Agorafobia. A diferencia de los individuos con agorafobia, las personas con trastorno de ansiedad por separación no están preocupadas por quedarse atrapadas o incapacitadas en situaciones de las que perciben que es difícil escapar en caso de presentar síntomas similares a la angustia u otros síntomas incapacitantes.

Trastornos de conducta. La evasión escolar ("hacer novillos") es común en los trastornos de conducta, pero en este caso la ansiedad de separación no es la responsable del absentismo escolar y el niño acostumbra a estar más fuera que dentro de casa.

Trastorno de ansiedad social. Algunos casos de negativa a ir a la escuela pueden ser debidos a un trastorno de ansiedad social (fobia social). En tales casos, la evitación de la escuela se debe al miedo a ser juzgado negativamente por los demás y no a separarse de las figuras de apego.

Trastorno de estrés postraumático. El miedo a la separación de los seres queridos es común después de eventos traumáticos como los desastres, en particular cuando los períodos de separación de los seres queridos se vivieron durante el evento traumático. En el trastorno de estrés postraumático (TEPT), los síntomas centrales giran en torno a las intrusiones y a la evitación de los recuerdos asociados al propio evento traumático, mientras que en el trastorno de ansiedad por separación las preocupaciones y evitaciones se centran en torno al bienestar de las figuras de apego y a la separación de ellas.

Trastorno de ansiedad por enfermedad. Los individuos con trastorno de ansiedad por enfermedad muestran preocupación por sí padecen ciertas enfermedades, pero la principal preocupación es el diagnóstico médico en sí mismo y no separarse de las figuras de apego.

Duelo. El duelo cursa con intenso anhelo o deseo de la persona fallecida, desconsuelo intenso y dolor emocional; la preocupación por el fallecido o las circunstancias de la muerte son respuestas que se espera que aparezcan en el duelo, mientras que el miedo a la separación de las personas por las que siente apego sería el centro en el trastorno de ansiedad por separación.

Trastornos depresivos y bipolares. Estos trastornos pueden estar asociados con una renuncia a salir de casa, pero la preocupación principal no es el temor o el miedo a los acontecimientos adversos que sucedan a las figuras de apego, sino más bien una baja motivación para involucrarse con el mundo exterior. Sin embargo, las personas con trastorno de ansiedad por separación pueden deprimirse en el momento en que se las separa o al anticiparse a la separación.

Trastorno negativista desafiante. Los niños y los adolescentes con trastorno de ansiedad por separación pueden mostrar oposición cuando se les fuerza a separarse de las figuras de apego. El trastorno negativista desafiante sólo se debería considerar cuando el comportamiento oposicionista es persistente y no está relacionado con la separación, real o prevista, de las figuras de apego.

Trastornos psicóticos. A diferencia de las alucinaciones observadas en los trastornos psicóticos, las experiencias perceptivas inusuales del trastorno de ansiedad por separación, que suelen basarse en la percepción errónea de un estímulo real, sólo suceden en determinadas situaciones (p. ej., por la noche) y son reversibles ante la presencia de una persona de apego.

Trastornos de la personalidad. El trastorno de la personalidad dependiente se caracteriza por una indiscriminada tendencia a confiar en los demás, mientras que el trastorno de ansiedad por separación implica una preocupación sobre la cercanía y la seguridad de las principales figuras de apego. El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por miedo al abandono de los seres queridos, pero los problemas de identidad, de autocontrol, de funcionamiento interpersonal y de impulsividad son, además, fundamentales en este trastorno, mientras que no lo son en el trastorno de ansiedad por separación.

Comorbilidad

En los niños, el trastorno de ansiedad por separación es muy comórbido con el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia específica. En los adultos, las dolencias comórbidas comunes son la fobia específica, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, la agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de personalidad. Los trastornos depresivos y bipolares son también comórbidos con el trastorno de ansiedad por separación en los adultos.

Mutismo selectivo

Criterios diagnósticos

313.23 (F94.0)

- A. Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- B. La alteración interfiere en los logros educativos o laborales, o en la comunicación social.
- C. La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).
- D. El fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
- E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Características diagnósticas

Los niños con mutismo selectivo, 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 con mutismo selectivo hablan en su casa en presencia de sus familiares inmediatos, pero a menudo no hablan ni siquiera ante sus amigos más cercanos o familiares de segundo grado, como abuelos o primos. El trastorno suele estar marcado por una elevada ansiedad social. Los niños con mutismo selectivo a menudo se niegan a hablar en la escuela, lo que puede implicar deterioro académico o educativo, ya que a menudo a los maestros les resulta difícil evaluar sus habilidades, como la lectura. La falta de expresión puede interferir en la comunicación social, aunque los niños con este trastorno a veces usan medios no verbales (p. ej., gruñen, señalan, escriben) para comunicarse y pueden estar dispuestos o deseosos de realizar o participar en encuentros sociales cuando no necesitan hablar (p. ej., las partes no verbales de los juegos en el colegio).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las características asociadas al mutismo selectivo son: timidez excesiva, miedo a la humillación social, aislamiento y retraimiento social, //pegarse/ a otros, rasgos compulsivos, negativismo y pataletas o comportamiento controlador o negativista, en especial en casa. Aunque los niños con este trastorno suelen poseer unas habilidades lingüísticas normales, el mutismo puede estar asociado a

un trastorno de la comunicación, aunque no se ha identificado ninguna asociación concreta con algún trastorno específico de la comunicación. Incluso cuando este trastorno está asociado, también existe ansiedad. En el ámbito clínico, a los niños con mutismo selectivo también se les diagnostica casi siempre algún trastorno de ansiedad (especialmente fobia social).

Prevalencia

El mutismo selectivo es una enfermedad relativamente infrecuente y no ha sido incluido como categoría diagnóstica en los estudios epidemiológicos de prevalencia de las enfermedades de la infancia. La prevalencia puntual, utilizando diversas muestras clínicas o escolares, oscila entre el 0,03 y el 1 %, dependiendo del tipo de población (p. ej., la clínica frente a la escolar, y ésta frente a la general) y las edades de los sujetos de la muestra. La prevalencia de la enfermedad no parece variar según el género ni la raza o etnia. El trastorno es más probable que se manifieste en los niños pequeños que en los adolescentes y los adultos.

Desarrollo y curso

Habitualmente, el mutismo selectivo se inicia antes de los 5 años de edad, pero el trastorno puede no consultarse hasta haberse realizado el ingreso en la escuela, donde hay un aumento de la interacción social y del desempeño de tareas, tales como la lectura en voz alta. La persistencia del trastorno es variable. Aunque los informes clínicos sugieren que muchas personas "superan" el mutismo selectivo, el curso longitudinal de la enfermedad es desconocido. En algunos casos, sobre todo en las personas con trastorno de ansiedad social, el mutismo selectivo podría desaparecer, pero los síntomas del trastorno de ansiedad social permanecerán.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los factores de riesgo temperamentales para el mutismo selectivo no están bien identificados. La afectividad negativa (neuroticismo) o la inhibición conductual pueden desempeñar su papel, así como historia familiar de timidez, aislamiento social y ansiedad social. Los niños con mutismo selectivo pueden tener dificultades sutiles del lenguaje receptivo en comparación con sus compañeros, aunque el lenguaje receptivo todavía está dentro del rango normal.

Ambientales. Una inhibición social por parte de los padres puede servir de modelo para el desarrollo de reticencia social y mutismo selectivo en los niños. Por otra parte, los padres de los niños con mutismo selectivo se han descrito como más controladores o protectores que los padres de los niños con otros trastornos de ansiedad o sin estos trastornos.

Factores genéticos y fisiológicos. Debido a la superposición significativa entre el mutismo y el trastorno de ansiedad social, pueden existir factores genéticos compartidos entre las dos afecciones.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los niños de las familias que emigran a un país donde se habla un idioma diferente pueden negarse a hablar el nuevo idioma por falta de conocimiento de la lengua. Si la comprensión de la nueva lengua es adecuada pero la negativa a hablar persiste, se podría justificar un diagnóstico de mutismo selectivo.

Consecuencias funcionales del mutismo selectivo

El mutismo selectivo puede dar lugar a un deterioro social, ya que los niños pueden sentirse demasiado ansiosos al participar en la interacción social recíproca con otros niños. A medida que los niños con mutismo selectivo crecen, pueden enfrentarse a un mayor aislamiento social. En el ámbito escolar, estos niños pueden sufrir deterioro académico, ya que muchas veces no se comunican con los maestros con respecto a sus necesidades académicas o personales (p. ej., no entienden una tarea de clase,

no preguntan para ir al servicio). Es habitual que se produzca un grave deterioro en la escuela y en el funcionamiento social y que, como resultado, sufran las burlas de sus compañeros. En ciertos casos, el mutismo selectivo puede servir de estrategia compensatoria para disminuir la activación ansiosa en los encuentros sociales.

Diagnóstico diferencial

Trastornos de la comunicación. El mutismo selectivo debe distinguirse de los trastornos del habla que se explican mejor por un trastorno de la comunicación, como el trastorno del lenguaje, el trastorno fonológico, el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudez), o el trastorno de la comunicación social (pragmático). A diferencia del mutismo selectivo, la alteración del habla en estas condiciones no se limita a una situación social específica.

Trastornos del neurodesarrollo, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Las personas con un trastorno del espectro autista, esquizofrenia u otro trastorno psicótico o retraso mental grave pueden experimentar problemas en la comunicación social y ser incapaces de hablar adecuadamente en situaciones sociales. Por el contrario, el mutismo selectivo sólo debe diagnosticarse en un niño que tenga una capacidad demostrada para hablar en algunas situaciones sociales (p. ej., en casa).

Trastorno de ansiedad social (fobia social). La ansiedad y la evitación en la vida social, propias de la fobia social, se pueden asociar a un mutismo selectivo. En estos casos deberían establecerse ambos diagnósticos.

Comorbilidad

Las condiciones comórbidas más habituales son otros trastornos de ansiedad, más frecuentemente el trastorno de ansiedad social, seguido por el trastorno de ansiedad por separación y la fobia específica. Se han observado comportamientos oposicionistas en los niños con mutismo selectivo, aunque la conducta de oposición podría limitarse a las situaciones que requieren hablar. También pueden aparecer trastornos o retrasos de la comunicación en algunos niños con mutismo selectivo.

Fobia específica

Criterios diagnósticos

- A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).
Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.
- B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia), objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático), dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación), o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Especificar si:

Codificar basándose en el estímulo fóbico:

300.29 (F40.218) Animal (p. ej., arañas, insectos, perros)

300.29 (F40.228) Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua)

300.29 (F40.23x) Sangre-inyección-herida (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos)

Nota de codificación: Seleccionar el código CIE-10-MC específico como sigue: **F40.230** miedo a la sangre; **F40.231** miedo a las inyecciones y transfusiones; **F40.232** miedo a otra atención médica; o **F40.233** miedo a una lesión.

300.29 (F40.248) Situacional (p. ej., avión, ascensor, sitios cerrados)

300.29 (F40.298) Otra (p. ej., situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, p. ej., sonidos ruidosos o personajes disfrazados)

Nota de codificación. Cuando está presente más de un estímulo fóbico, se deben hacer constar todos los códigos CIE-10-MC aplicables (p. ej., miedo a las arañas y a viajar en avión, F40.218 fobia específica, animal y F40.248 fobia específica, situacional).

Especificadores

Es común que los sujetos tengan múltiples fobias específicas. El individuo con fobia específica teme a un promedio de tres objetos o situaciones, y aproximadamente el 75 % de las personas con fobia específica temen a más de una situación u objeto. En los casos de fobias específicas múltiples, se deberá diagnosticar cada una con su propio código de diagnóstico según el estímulo fóbico. Por ejemplo, si una persona teme a las tormentas eléctricas y al vuelo, se la diagnosticaría de dos cosas: fobia específica al entorno natural y fobia específica situacional.

Características diagnósticas

Una característica clave de este trastorno es un miedo o ansiedad a objetos o situaciones claramente circunscritos (Criterio A), que pueden denominarse *estímulos fóbicos*. Las categorías de las situaciones u objetos temidos se usan como especificadores del trastorno. Muchas personas temen a los objetos, las situaciones o los estímulos fóbicos de más de una categoría. Para el diagnóstico de fobia específica, la respuesta debe diferir de los temores normales y transitorios que se producen comúnmente en la población. Para cumplir los criterios diagnósticos, el miedo o la ansiedad deben ser intensos o graves (es decir "marcados") (Criterio A). El nivel del miedo experimentado puede variar con la proximidad del objeto o de la situación temida y puede ocurrir como anticipación del mismo o en presencia real del objeto o situación. Además, el miedo o la ansiedad puede presentarse en forma de crisis de pánico completa o limitada (p. ej., crisis de pánico esperadas). Otra característica de las fobias específicas es que la exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata (Criterio B). Por lo tanto, una persona que se pone ansiosa sólo de vez en cuando al ser confrontada con la situación o el objeto (p. ej., se pone ansiosa cuando viaja en uno de cada cinco vuelos de avión) no sería diagnosticada de fobia específica. Sin embargo, el grado de temor o ansiedad expresado puede variar (desde la ansiedad anticipatoria hasta una crisis de pánico completa) en diferentes momentos de la exposición al objeto o a la situación fóbica debido a diversos factores contextuales, como la presencia de otras personas, la duración de la exposición y los elementos amenazantes, como las turbulencias en un vuelo en las personas con miedo a volar. El miedo y la ansiedad a menudo se expresan de forma distinta en los niños y los adultos. Además, el miedo y la ansiedad aparecen en cuanto se topan con el objeto o la situación fóbica (es decir, inmediatamente y no de manera retardada).

El sujeto evita activamente la situación, pero si no puede o decide no evitarla, la situación o el objeto evoca un intenso miedo o ansiedad (Criterio C). La evitación activa significa que el individuo presenta comportamientos destinados intencionadamente a prevenir o a minimizar el contacto con los objetos fóbicos o las situaciones fóbicas (p. ej., pasa por túneles en lugar de puentes en su viaje diario al trabajo por miedo a las alturas, evita entrar en una habitación oscura por temor a las arañas, evita aceptar un trabajo en un ambiente donde el estímulo fóbico es más frecuente). Las conductas

evitativas a menudo son evidentes (p. ej., un individuo con miedo a la sangre rechaza ir al médico), pero a veces son menos manifiestas (p. ej., una persona con miedo a las serpientes rechaza mirar imágenes que le recuerden el contorno o la forma de las serpientes). Algunos individuos con fobia específica sufren durante muchos años y cambian sus circunstancias vitales en función de la necesidad de evitar al máximo el objeto o la situación fóbica (p. ej., un individuo diagnosticado con fobia específica animal que se traslada a residir a un área donde no existan los animales concretos a los que teme). De esta forma, dejan de experimentar el miedo o la ansiedad en su vida cotidiana. En estos casos, las conductas de evitación o de rechazo reiterativo a participar en actividades, dependiendo de la exposición al objeto o a la situación fóbica (p. ej., la reiterada negativa a aceptar ofertas de trabajo relacionadas con viajar a causa del miedo a volar) podrían ayudar a confirmar el diagnóstico en ausencia de ansiedad o angustia marcadas.

El miedo y la ansiedad son desproporcionados en relación con el peligro real que el objeto o la situación conlleva, o más intensos de lo que se consideraría necesario (Criterio D). Aunque los sujetos con fobia específica suelen reconocer que sus reacciones son desproporcionadas, tienden a sobrestimar el peligro en las situaciones temidas y, por lo tanto, será el clínico el que deberá valorar si la reacción es desproporcionada o no. También se debería tener en cuenta el ámbito sociocultural del individuo. Por ejemplo, el miedo a la oscuridad puede ser razonable en el contexto de una violencia continua, y el miedo a los insectos sería incoherente en los lugares donde se consumen insectos en la dieta. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes, por lo general con una duración de 6 meses o más (Criterio E), lo que ayuda a distinguir la enfermedad de los temores transitorios que son comunes en la población, especialmente entre los niños. Sin embargo, el criterio de duración debe ser utilizado como guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad. Para diagnosticar el trastorno, la fobia específica debe causar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad (Criterio F).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las personas con fobias específicas suelen experimentar una mayor activación fisiológica cuando prevén o se exponen a un objeto o situación fóbica. Sin embargo, la respuesta fisiológica a la situación u objeto temido varía. Mientras que los individuos con fobias específicas situacionales, al entorno natural y a animales son más propensos a mostrar activación del sistema nervioso simpático, las personas con fobia específica a la sangre-inyecciones-heridas a menudo pueden presentar una respuesta vasovagal de desmayos o sensación de desmayo que se caracteriza por una aceleración inicial y fugaz de la frecuencia cardíaca y una elevación de la tensión arterial, seguida por una desaceleración de la frecuencia cardíaca y un descenso de la presión arterial. Los modelos actuales de sistemas neuronales para la fobia específica, y para otros trastornos de ansiedad, hacen hincapié en el papel de la amígdala y de las estructuras relacionadas.

Prevalencia

En Estados Unidos, la prevalencia anual de la fobia específica entre la población general es del 7-9 % aproximadamente. Las tasas de prevalencia en los países europeos son en gran medida similares a las de Estados Unidos (p. ej., alrededor del 6 %), pero las cifras son generalmente más bajas en Asia, África y los países de América Latina (2-4 %). Las tasas de prevalencia son de aproximadamente el 5 % en los niños y del 16 % entre los de 13 a 17 años de edad. Las tasas de prevalencia son más bajas en las personas mayores (alrededor de 3-5 %), lo que posiblemente refleja una disminución de la gravedad a niveles subclínicos. Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los varones en una proporción aproximada de 2:1, aunque las tasas varían en función de los distintos estímulos fóbicos. Es decir, las fobias específicas a los animales, al entorno natural y situacionales se presentan predominantemente en las mujeres, mientras que la fobia específica a la sangre-inyección-herida se produce de una forma casi similar en ambos sexos.

Desarrollo y curso

La fobia específica, en ocasiones, se desarrolla tras un acontecimiento traumático (p. ej., haber sido atacado por un animal o atrapado en un ascensor), la observación de otros individuos que sufren

traumatismos (p. ej., presenciar caídas), una crisis de pánico inesperada en una situación que se convertirá en temida (p. ej., una crisis de pánico inesperada mientras se viaja en metro) o la transmisión de informaciones (p. ej., reportajes en los medios de comunicación sobre catástrofes aéreas). Sin embargo, muchas personas con fobia específica son incapaces de recordar la razón concreta por la que aparecieron sus fobias. La fobia específica generalmente se desarrolla en la primera infancia, la mayoría de las veces antes de los 10 años. Suele aparecer entre los 7 y los 11 años, siendo la edad media de unos 10 años. Las fobias específicas situacionales presentan una edad de inicio más tardía que las fobias específicas del entorno natural, animal o a la sangre-inyección-herida. Las fobias específicas que se inician en la infancia y la adolescencia suelen sufrir altibajos durante ese período. Sin embargo, las fobias que persisten en la edad adulta rara vez suelen remitir.

Cuando se diagnostica una fobia específica en niños, se deben considerar dos aspectos. En primer lugar, los niños pequeños pueden expresar su miedo y ansiedad con llanto, berrinches, parálisis o abrazos. En segundo lugar, los niños pequeños no suelen ser capaces de entender el concepto de evitación. Por lo tanto, el clínico debe reunir información adicional de los padres, profesores u otras personas que conozcan bien al niño. Los temores excesivos son bastante comunes entre los niños pequeños, pero son generalmente transitorios y sólo afectan ligeramente, por lo que se consideran propios del desarrollo. En tales casos, no se hará un diagnóstico de fobia específica. Cuando se está considerando el diagnóstico de fobia específica en un niño, es importante evaluar el grado de invalidez y la duración del temor, la ansiedad o la evitación, y si es típico para la etapa concreta de desarrollo del niño.

Aunque la prevalencia de fobia específica es menor en las poblaciones de mayor edad, continúa siendo uno de los trastornos más comúnmente padecidos en edades avanzadas. En el diagnóstico de fobia específica en las poblaciones mayores se deberían considerar varios aspectos. En primer lugar, las personas mayores suelen ser más propensas a presentar fobias específicas del entorno natural, así como fobias a las caídas. En segundo lugar, la fobia específica (como todos los trastornos de ansiedad) tiende a ocurrir conjuntamente con otros trastornos médicos en las personas de más edad, como la enfermedad coronaria y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En tercer lugar, las personas mayores pueden ser más propensas a atribuir los síntomas de ansiedad a afecciones médicas. En cuarto lugar, las personas mayores pueden ser más propensas a manifestar la ansiedad de una manera atípica (p. ej., manifestando síntomas de ansiedad y depresión al mismo tiempo) y, por lo tanto, es más probable justificar un diagnóstico de trastorno de ansiedad no especificado. Además, la presencia de una fobia específica en los adultos mayores está asociada con una disminución de la calidad de vida y puede ser un factor de riesgo de trastorno neurocognitivo importante.

Aunque la mayoría de las fobias específicas se desarrollan en la infancia y la adolescencia, se pueden desarrollar a cualquier edad, a menudo como resultado de experiencias traumáticas. Por ejemplo, las fobias a la asfixia casi siempre son consecuencia de un acontecimiento cercano a la asfixia a cualquier edad.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los factores de riesgo temperamentales para la fobia específica, como la afectividad negativa (neuroticismo) o la inhibición conductual, son también factores de riesgo para otros trastornos de ansiedad.

Ambientales. Los factores de riesgo ambientales para las fobias específicas, como la sobreprotección de los padres, la pérdida de los padres, la separación, el maltrato físico y los abusos sexuales, tienden a predecir también otros trastornos de ansiedad. Como se señaló anteriormente, a veces (pero no siempre) las exposiciones negativas o traumáticas al objeto o situación temida preceden al desarrollo de la fobia específica.

Genéticos y fisiológicos. Puede haber una susceptibilidad genética a una determinada categoría de fobia específica (p. ej., una persona con un familiar de primer grado con una fobia específica a los animales es significativamente más propensa a tener la misma fobia específica que cualquier otra fobia de otra categoría). Las personas con fobia a la sangre-inyección-herida muestran una tendencia singular para el síncope vasovagal (desmayo) en presencia del estímulo fóbico.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

En Estados Unidos, los asiáticos y los latinos presentan tasas significativamente más bajas de fobia específica que los blancos no latinos, los afroamericanos y los nativos americanos. Además de tener una menor prevalencia de fobia específica, algunos países aparte de Estados Unidos, en particular los países de Asia y África, presentan diferencias en el contenido de la fobia, la edad de inicio y las frecuencias por género.

Riesgo de suicidio

Los sujetos con fobia específica tienen un 60 % más de probabilidades de cometer intentos de suicidio que las personas no diagnosticadas. Sin embargo, es probable que estas tasas elevadas se deban principalmente a la comorbilidad con los trastornos de la personalidad y otros trastornos de ansiedad.

Consecuencias funcionales de la fobia específica

Las personas con fobia específica muestran unos patrones de deterioro del funcionamiento psicosocial y una disminución de la calidad de vida similares a los de los individuos con otros trastornos de ansiedad y con trastornos por consumo de alcohol y de sustancias, incluidos problemas en el trabajo y el funcionamiento interpersonal. En las personas mayores se puede observar el deterioro en las labores de cuidado y en las actividades de voluntariado. Además, el miedo a las caídas en las personas de edad avanzada puede llevar a una movilidad reducida y a una pérdida del funcionamiento físico y social, y puede conducir a la necesidad de apoyo doméstico en el hogar de manera formal o informal. La angustia y el deterioro causados por las fobias específicas tienden a aumentar con el número de objetos y situaciones temidas. Así, un individuo que teme a cuatro objetos o situaciones es probable que tenga más deterioro en su desempeño profesional y social, y una menor calidad de vida, que una persona que teme a un solo objeto o situación.

Las personas con fobia específica a la sangre, las inyecciones y las heridas a menudo son reacias a solicitar ayuda médica incluso cuando tienen problemas de salud. Asimismo, el miedo a vomitar y a atragantarse puede reducir sustancialmente la ingesta dietética.

Diagnóstico diferencial

Agorafobia. La fobia específica situacional puede parecerse a la agorafobia en la presentación clínica, dada la similitud de las situaciones temidas (p. ej., volar, lugares cerrados, ascensores). Si un individuo teme sólo a una de las situaciones de agorafobia, entonces se puede realizar el diagnóstico de fobia específica situacional. Si teme a dos o más situaciones de agorafobia, el diagnóstico de agorafobia estaría probablemente justificado. Por ejemplo, una persona que teme a los aviones y a los ascensores (que coinciden con la situación agorafóbica "transporte público"), pero no teme a otras situaciones de agorafobia, será diagnosticada de fobia específica situacional, mientras que una persona que teme a los aviones, a los ascensores y a las multitudes (que coinciden con dos situaciones de agorafobia, "uso del transporte público" y "hacer cola o estar en una multitud"), será diagnosticada de agorafobia. También podría ser útil para diferenciar la agorafobia de la fobia específica el criterio B de la agorafobia (las situaciones son temidas o evitadas debido a "tener pensamientos sobre el desarrollo de unos síntomas similares a la crisis de pánico u otros síntomas incapacitantes o humillantes en situaciones en las que sería difícil escapar o donde no se podría disponer de ayuda"). Si las situaciones son temidas por otros motivos, como el miedo a ser dañado directamente por el objeto o situación (p. ej., el miedo a estrellarse en avión, a la mordedura de los animales), podría ser más apropiado el diagnóstico de fobia específica.

Trastorno de ansiedad social. Si las situaciones son temidas debido al miedo a una evaluación social negativa, se debería diagnosticar el trastorno de ansiedad social en lugar de la fobia específica.

Trastorno de ansiedad por separación. Si las situaciones temidas son debidas a la separación de un cuidador principal o de una figura de apego, se debe hacer el diagnóstico de trastorno de ansiedad por separación, en lugar del de fobia específica.

Trastorno de pánico. Las personas con fobias específicas pueden experimentar ataques de pánico cuando se enfrentan con la situación o el objeto temido. Se establecerá un diagnóstico de fobia específica si las crisis de pánico sólo se producen en respuesta al objeto o la situación específica, mientras que si la persona también experimenta crisis de pánico de forma inesperada (esto es, no en respuesta al objeto específico o situación), se establecerá un diagnóstico de trastorno de pánico.

Trastorno obsesivo-compulsivo. Si el miedo o la ansiedad primaria del individuo es hacia un objeto o situación como consecuencia de ideas obsesivas (p. ej., miedo a la sangre debido a pensamientos obsesivos sobre la contaminación por agentes patógenos transmitidos por la sangre [p. ej., el VIH], miedo a conducir debido a imágenes obsesivas de daño a los demás), y si se observan otros criterios para el trastorno obsesivo-compulsivo, entonces se hará el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo.

Trauma y trastornos relacionados con estresantes. Si la fobia se desarrolla después de un evento traumático, se debe considerar el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT). Sin embargo, los acontecimientos traumáticos pueden preceder a la aparición del TEPT y de la fobia específica. En este caso, el diagnóstico de fobia específica se asignará únicamente si no se cumplen todos los criterios del TEPT.

Trastornos de la alimentación. No se establece el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita exclusivamente a los alimentos y a los aspectos relacionados con los alimentos, en cuyo caso deberá considerarse un diagnóstico de anorexia nerviosa o de bulimia nerviosa.

Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Cuando el miedo y la evitación se deben a ideas delirantes (como en la esquizofrenia u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), el diagnóstico de fobia específica no estaría justificado.

Comorbilidad

La fobia específica es poco frecuente en los ambientes médicos o clínicos en ausencia de otra psicopatología, y se ve con más frecuencia en los entornos no médicos relacionados con la salud mental. La fobia específica se asocia con frecuencia a una amplia variedad de otros trastornos, especialmente a la depresión en las personas mayores. Debido a su aparición temprana, la fobia específica es clásicamente un trastorno temporal primario.

Las personas con fobia específica tienen mayor riesgo de desarrollar otros trastornos, entre los que están los demás trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y bipolares, los trastornos por consumo de sustancias, los síntomas somáticos y trastornos relacionados, y los trastornos de la personalidad (especialmente el trastorno de la personalidad dependiente).

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Criterios diagnósticos (F40.10)

300.23

- A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).
Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.
- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.
- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.
- J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con ésta o ser excesivos.

Especificar si:

Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

Especificadores

Los individuos con trastorno de ansiedad social sólo de actuación tienen miedos de actuación que son típicamente los que resultan más incapacitantes en su vida profesional (p. ej., músicos, bailarines, artistas, deportistas) o en las situaciones que requieren hablar en público de forma habitual. Los temores de actuación también pueden manifestarse en el trabajo, la escuela o el ámbito académico en el que se requieren presentaciones públicas regulares. Los individuos con trastorno de ansiedad social sólo de actuación no temen ni evitan las situaciones sociales sin actuación.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad social es un marcado o intenso miedo o ansiedad a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado por los demás. En los niños, el miedo o la ansiedad se debe producir en las reuniones con los individuos de su misma edad y no sólo durante las interacciones con los adultos (Criterio A). Cuando se expone a este tipo de situaciones sociales, el individuo teme ser evaluado negativamente. El sujeto teme ser juzgado como ansioso, débil, loco, estúpido, aburrido, intimidante, sucio o desagradable. El individuo con fobia social teme actuar o mostrarse de una determinada manera, o manifestar síntomas de ansiedad que serán evaluados negativamente por los demás, como rubor, temblores, sudoración, trabarse con las palabras, o no poder mantener la mirada (Criterio B). Algunas personas tienen miedo a ofender a los demás y, en consecuencia, a ser rechazados. El miedo a ofender a los demás -por ejemplo, por una mirada o al mostrar síntomas de ansiedad- puede ser el miedo predominante en los individuos de culturas de fuerte orientación colectivista. Una persona con miedo al temblor de manos puede evitar beber, comer, escribir o señalar en público; una persona con miedo a la sudoración puede evitar dar la mano o comer alimentos picantes; y una persona con miedo a sonrojarse puede evitar actuar en público, las luces brillantes o la discusión de temas íntimos. Algunas personas temen y evitan orinar en los baños públicos cuando están presentes otras personas (esto es, paruresis o "síndrome de la vejiga tímida").

Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad (Criterio C). Por lo tanto, un individuo que se pone ansioso sólo de vez en cuando en situaciones sociales no será diagnosticado de trastorno de ansiedad social. Sin embargo, el grado y el tipo del miedo y de ansiedad pueden variar en las diferentes ocasiones (p. ej., ansiedad anticipatoria, crisis de pánico). La ansiedad anticipatoria a veces puede ocurrir mucho antes al prever situaciones futuras (p. ej., preocupación diaria a lo largo de las semanas anteriores a asistir a un evento social, repitiendo el discurso durante los días de antelación). En los niños, el miedo o la ansiedad puede expresarse a través de conductas de llanto, rabieta, inmovilidad, aferramiento, encogimiento o incapacidad de hablar en situaciones sociales. Por otra parte, si la situación social se soporta, es a costa de una intensa ansiedad y malestar (Criterio D).

La evitación puede ser generalizada (p. ej., rechazo a ir a fiestas, a la escuela) o sutil (p. ej., preparar demasiadas veces el texto de un discurso, desviar la atención a los demás para limitar el contacto visual).

El miedo o la ansiedad son desproporcionados al riesgo real que plantea la situación de ser evaluado negativamente y para las consecuencias de dicha evaluación negativa (Criterio E). A veces no se puede juzgar la ansiedad como excesiva, ya que está relacionada con un peligro real (p. ej., ser intimidado o atormentado por terceros). Sin embargo, las personas con trastorno de ansiedad social tienden a menudo a sobrestimar las consecuencias negativas de las situaciones sociales y, por lo tanto, es el clínico el que debería decidir si la actitud es desproporcionada o no. Al realizar este juicio se debería tener en cuenta el contexto sociocultural del individuo. Por ejemplo, en ciertas culturas se podría considerar socialmente apropiado un comportamiento que los demás podrían identificar como de ansiedad social (p. ej., se podría ver como una señal de respeto).

La duración de la perturbación es típicamente de al menos 6 meses (Criterio F). Este límite de duración ayuda a distinguir la enfermedad de los miedos sociales transitorios que son comunes en la sociedad, especialmente entre los niños. Sin embargo, el criterio de duración se debería utilizar como una guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad. El miedo, la ansiedad y la evitación deben interferir significativamente con la rutina normal de la persona, la ocupación o el funcionamiento académico o las actividades, las relaciones sociales, o debe causar un malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales o importantes por otros motivos para el sujeto (Criterio G). Por ejemplo, una persona que teme hablar en público no será diagnosticada de fobia social si su trabajo o su actividad escolar no le exigen la pronunciación habitual de discursos y no se siente especialmente preocupada por este tema. Los temores a que ciertas situaciones sociales resulten embarazosas son frecuentes, pero el grado de malestar o el deterioro general que suelen provocar no suelen ser lo suficientemente intensos como para permitir diagnosticar con seguridad una fobia social. Sin embargo, si el individuo evita o elude el trabajo o la educación que realmente desea debido a los síntomas de ansiedad social, se cumple el Criterio G.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con trastorno de ansiedad social pueden ser inadecuadamente asertivos o excesivamente sumisos, o, con menor frecuencia, ejercer un gran control sobre las conversaciones. Pueden mostrar posturas corporales excesivamente rígidas o un contacto ocular inadecuado, o hablar con una voz demasiado suave. Estos individuos pueden ser tímidos o retraídos y pueden ser poco abiertos en las conversaciones o hablar poco acerca de sí mismos. Pueden buscar empleo en puestos de trabajo que no requieran entablar contactos sociales, aunque no sea éste el caso de los individuos con trastorno de ansiedad social sólo de actuación. Estas personas pueden vivir en la casa familiar durante más tiempo. Los varones pueden demorarse a la hora de casarse y crear una familia, mientras que las mujeres con deseos de trabajar fuera de casa pueden acabar viviendo como amas de casa y madres. Es común la automedicación con sustancias (p. ej., beber antes de asistir a una fiesta). La ansiedad social entre los adultos mayores también puede incluir la exacerbación de los síntomas de enfermedades médicas, tales como aumento del temblor o taquicardia. El rubor es una respuesta física característica del trastorno de ansiedad social.

Prevalencia

En Estados Unidos, la prevalencia estimada anual del trastorno de ansiedad social es de aproximadamente el 7 %. En gran parte del mundo se observan cifras menores de prevalencia estimada anual utilizando el mismo instrumento diagnóstico, agrupándose en torno al 0,5 -2,0 %; la prevalencia media en Europa es del 2,3 %. Las tasas de prevalencia anual en los niños y los adolescentes son comparables a las de los adultos. La tasa de prevalencia disminuye con la edad. La prevalencia anual para los adultos mayores varía del 2 al 5 %. En general, en la población general se han encontrado cifras más altas del trastorno de ansiedad social en las mujeres que en los varones (con *odds ratios* que oscilan entre 1,5 y 2,2), y la diferencia entre géneros es más marcada en los adolescentes y los adultos jóvenes. En la población clínica, las cifras de prevalencia según el género son similares o ligeramente más altas en los varones, y esto hace pensar que las funciones del género y las expectativas sociales desempeñan un papel importante en la explicación de una mayor búsqueda de ayuda en los pacientes de sexo masculino. La prevalencia en Estados Unidos es mayor en los indígenas americanos y menor en las personas de origen asiático, latino, afroamericano y de ascendencia afrocaribeña que en los blancos no hispanos.

Desarrollo y curso

La edad media de inicio del trastorno de ansiedad social en Estados Unidos es de 13 años, y el 75 % de los individuos tiene una edad de inicio entre los 8 y 15 años. En estudios de Estados Unidos y Europa se observa que el trastorno a veces emerge a partir de una historia de inhibición social o de timidez en la infancia. También puede ocurrir en la primera infancia. El inicio de la fobia social puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante (p. ej., ser intimidado, vómitos durante un discurso público), o puede surgir de forma lenta e insidiosa. Una primera aparición en la edad adulta es relativamente rara y es más probable que ocurra después de un evento estresante o humillante, o después de cambios vitales que requieren nuevos roles sociales (p. ej., casarse con alguien de una clase social diferente, obtener un ascenso de trabajo). La fobia social puede disminuir cuando el individuo, que siente temor por las citas con las chicas, logra casarse, y puede volver a aparecer con toda su intensidad tras el divorcio. Entre las personas que acuden a consulta, el trastorno tiende a ser particularmente persistente.

Los adolescentes manifiestan un patrón más amplio de miedo y evitación, incluidas las citas amorosas, en comparación con los niños más pequeños. Los adultos mayores expresan niveles de ansiedad social más bajos pero en una amplia gama de situaciones, mientras que los adultos más jóvenes expresan mayores niveles de ansiedad social en situaciones específicas. En las personas mayores, la ansiedad social puede deberse a una discapacidad debido a una disminución del funcionamiento sensorial (audición, visión), o a vergüenza a causa del aspecto (p. ej., el temblor como síntoma de la enfermedad de Parkinson), o del funcionamiento debido a afecciones médicas, incontinencia o deterioro cognitivo (p. ej., olvidar los nombres de las personas). En la comunidad, aproximadamente el 30 % de las personas con trastorno de ansiedad social experimenta remisión de los síntomas en 1 año, y en torno al 50 % experimenta remisión en unos pocos años. Para aproximadamente el 60 % de las personas que no recibe un tratamiento específico para la fobia social, el curso va a ser de varios años o más.

La detección del trastorno de ansiedad social en los adultos mayores puede ser un reto debido a diversos factores, como mayor atención a los síntomas somáticos, enfermedades médicas asociadas, limitada conciencia de enfermedad, cambios en el entorno social o en sus funciones que pueden ocultar su deterioro en el funcionamiento social, o debido a su reticencia a detallar sus problemas psicológicos.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los rasgos subyacentes que predisponen a las personas al trastorno de ansiedad social son la inhibición del comportamiento y el miedo a la evaluación negativa.

Ambientales. No se evidencia un papel causal del maltrato infantil u otro factor de adversidad psicosocial de aparición temprana en el desarrollo del trastorno de ansiedad social. Sin embargo, el maltrato infantil y la adversidad son factores de riesgo para el trastorno de ansiedad social.

Genéticos y fisiológicos. Los rasgos que predisponen a la ansiedad social, tales como la inhibición conductual, están altamente influenciados genéticamente. La influencia genética está sujeta a la interacción gen-ambiente; así, los niños con alta inhibición conductual son más susceptibles a las influencias ambientales, como el modelado de la ansiedad social por los padres. Además, el trastorno de ansiedad social es hereditario (pero lo es menos la fobia social sólo de actuación). Los familiares de primer grado tienen de dos a seis veces más posibilidades de tener trastorno de ansiedad social, y esta predisposición supone una interacción entre trastornos genéticos específicos (p. ej., el miedo a una evaluación negativa) e inespecíficos (p. ej., el neuroticismo).

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El síndrome de *taijin kyofusho* (p. ej., en Japón y Corea) a menudo se caracteriza por una preocupación por la evaluación social y cumple los criterios del trastorno de ansiedad social que se asocian al temor a hacer que otras personas se sientan incómodas (p. ej., "mi mirada molesta a la gente, por lo que miran hacia otro lado y me evitan"); se trata de un miedo que a veces se experimenta con intensidad delirante. Este síntoma también se puede encontrar en lugares no asiáticos. Otras presentaciones de *taijin kyofusho* pueden cumplir los criterios del trastorno dismórfico corporal o del trastorno delirante.

El estatus de inmigrante se asocia con tasas significativamente más bajas de trastorno de ansiedad social en los grupos de blancos latinos y no latinos. Las tasas de prevalencia del trastorno de ansiedad social pueden no estar en consonancia con los niveles de ansiedad social autopercebidos en la misma cultura; es decir, las sociedades con fuertes orientaciones colectivistas pueden referir altos niveles de ansiedad social pero una baja prevalencia del trastorno de ansiedad social.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las mujeres con trastorno de ansiedad social refieren un mayor número de miedos sociales y trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad comórbidos, mientras que los varones son más propensos a temer a las citas, a tener un trastorno negativista desafiante o un trastorno de conducta y al uso de alcohol y drogas para aliviar los síntomas del trastorno. La paruresis es más común en los varones.

Consecuencias funcionales de la fobia social

El trastorno de ansiedad social se asocia con tasas elevadas de abandono escolar y con alteraciones del bienestar, el empleo, la productividad laboral, el nivel socioeconómico y la calidad de vida. El trastorno de ansiedad social también se asocia con estar solo, soltero o divorciado y con no tener hijos, sobre todo entre los varones. En las personas mayores puede observarse el deterioro en las labores de cuidado y en las actividades de voluntariado. El trastorno de ansiedad social también impide las actividades de ocio. A pesar de la magnitud de la angustia y del deterioro social asociados al trastorno de ansiedad social, en las sociedades occidentales la mitad de los individuos con este trastorno nunca busca tratamiento y tiende a hacerlo sólo después de 15-20 años de experimentar síntomas. No tener empleo es un factor que predice claramente la persistencia del trastorno de ansiedad social.

Diagnóstico diferencial

Timidez normal. La timidez (esto es, la reticencia social) es un rasgo de la personalidad común y no es patológico en sí mismo. En algunas sociedades, la timidez incluso se evalúa de forma positiva. Sin embargo, se debería considerar un diagnóstico de trastorno de ansiedad social cuando exista un impacto negativo considerable en las áreas sociales y laborales y en otras áreas importantes de funcionamiento, y si se cumplieran todos los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad social, se debería diagnosticar éste. En Estados Unidos sólo una minoría (12 %) de los individuos que se autoidentifican como tímidos tiene los síntomas que cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad social. **Agorafobia.** Las personas con agorafobia pueden temer y evitar las situaciones sociales (p. ej., ir al cine) cuando perciben que podría ser difícil escaparse o contar con ayuda en caso de presentar síntomas similares al pánico o de sentirse incapacitados, mientras que los individuos con trastorno de ansiedad social muestran un mayor temor a las evaluaciones negativas de los demás. Por otra parte, los individuos con trastorno de ansiedad social probablemente puedan mantener mejor la calma si se les deja completamente solos, lo que no suele ocurrir en el caso de la agorafobia.

Trastorno de pánico. Las personas con trastorno de ansiedad social pueden tener crisis de pánico, pero la preocupación es por el miedo a una evaluación negativa, mientras que en el trastorno de pánico la preocupación se centra en las crisis de pánico en sí mismas.

Trastorno de ansiedad generalizada. Las preocupaciones sociales son comunes en el trastorno de ansiedad generalizada, pero la atención se centra más en la naturaleza de las relaciones existentes en lugar de en el miedo a la evaluación negativa. Los individuos con trastorno de ansiedad generalizada, especialmente los niños, pueden tener una preocupación excesiva por la calidad de su desempeño social, pero estas preocupaciones también deben estar relacionadas con la conducta no social y con situaciones en las que el individuo no está siendo evaluado por los demás. En el trastorno de ansiedad social, las preocupaciones se centran en el desempeño social y en la evaluación por parte de los demás.

Trastorno de ansiedad por separación. Las personas con trastorno de ansiedad por separación pueden evitar los entornos sociales (incluido el rechazo a ir a la escuela) porque les preocupa la separación de las figuras de apego o, en los niños, porque necesitan la presencia de un progenitor cuando no es propio de su etapa del desarrollo. Las personas con trastorno de ansiedad por separación habitualmente están cómodas en las situaciones sociales cuando sus figuras de apego están presentes o cuando están

en casa, mientras que en el trastorno de ansiedad social pueden sentirse incómodas en su casa o ante la presencia de las figuras de apego.

Fobias específicas. Las personas con fobias específicas pueden temer a la vergüenza o a la humillación (p. ej., vergüenza por desmayarse mientras les extraen sangre), pero generalmente no muestran temor a la evaluación negativa en otras situaciones sociales.

Mutismo selectivo. Los individuos con mutismo selectivo pueden no hablar por miedo a la evaluación negativa, pero no sienten miedo a dicha evaluación en las situaciones sociales en que no se requiere hablar (p. ej., el juego no verbal).

Trastorno depresivo mayor. A los individuos con trastorno depresivo mayor les puede preocupar que los demás les evalúen negativamente porque sienten que son malos o que no son dignos de ser queridos. Sin embargo, a las personas con trastorno de ansiedad social les preocupa que se les evalúe negativamente debido a ciertos comportamientos sociales o a síntomas físicos.

Trastorno dismórfico corporal. Los individuos con trastorno dismórfico corporal están preocupados por uno o más defectos percibidos en su aspecto físico que no son observables por los demás o tan sólo lo son ligeramente; esta preocupación a menudo causa ansiedad social y evitación. Si sus miedos sociales y la evitación son causados únicamente por sus creencias sobre su apariencia, no se justificaría un diagnóstico independiente de trastorno de ansiedad social.

Trastorno delirante. Los individuos con trastorno delirante pueden tener delirios no extravagantes y alucinaciones relacionadas con un tema delirante que se centra en ser rechazado u ofender a los demás. Aunque la percepción de las creencias acerca de las situaciones sociales puede variar, muchas personas con trastorno de ansiedad social son bastante conscientes de que sus creencias son desproporcionadas respecto a la amenaza real que supone la situación social.

Trastorno del espectro autista. La ansiedad social y los déficits de la comunicación social son característicos del trastorno del espectro autista. Los individuos con trastorno de ansiedad social pueden tener relaciones sociales apropiadas para la edad y suficiente capacidad de comunicación social, a pesar de que pueda parecer que tienen un deterioro en estas áreas cuando empiezan a interactuar con otros individuos desconocidos.

Trastornos de la personalidad. Dada su aparición frecuente en la infancia y su persistencia en la edad adulta y a lo largo de ella, el trastorno de ansiedad social puede asemejarse a un trastorno de la personalidad. El trastorno que aparentemente más se superpone es el trastorno de la personalidad evitativa. Los individuos con trastorno de la personalidad evitativa tienen un patrón de evitación más amplio que las personas con trastorno de ansiedad social. Sin embargo, el trastorno de ansiedad social presenta típicamente más comorbilidad con el trastorno de la personalidad evitativa que con otros trastornos de la personalidad, y el trastorno de la personalidad evitativa presenta más comorbilidad con el trastorno de ansiedad social que con los otros trastornos de ansiedad.

Otros trastornos mentales. Los miedos sociales y el malestar social pueden formar parte de la esquizofrenia, pero existe evidencia de la presencia de otros síntomas psicóticos. En los individuos con trastorno de la alimentación, antes de realizar un diagnóstico de trastorno de ansiedad social es importante determinar que el miedo a una evaluación negativa de los síntomas o comportamientos del trastorno (p. ej., las purgas y los vómitos) no debe ser la única fuente de ansiedad social. Del mismo modo, el trastorno obsesivo-compulsivo puede estar asociado con la ansiedad social, pero el diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad social sólo se utiliza cuando los miedos sociales y la evitación son independientes de los focos de las obsesiones y compulsiones.

Otras condiciones médicas. Las enfermedades médicas pueden producir síntomas que pueden ser embarazosos (p. ej., el temblor en la enfermedad de Parkinson). Cuando el miedo a la evaluación negativa debido a otras afecciones médicas es excesivo, se debe considerar el diagnóstico de trastorno de ansiedad social.

Trastorno negativista desafiante. La negativa a hablar debido a una oposición hacia las figuras de autoridad debe diferenciarse de la incapacidad para hablar por temor a una evaluación negativa.

Comorbilidad

El trastorno de ansiedad social es a menudo comórbido con otros trastornos de ansiedad, con el trastorno depresivo mayor y con los trastornos por consumo de sustancias; la aparición del trastorno de ansiedad social, en general, precede a la de los otros trastornos, a excepción de la fobia específica y el trastorno de ansiedad por separación. El aislamiento social crónico en el curso de un trastorno de ansiedad social puede provocar un trastorno depresivo mayor. La comorbilidad con la depresión es también alta en los adultos mayores. Las sustancias se pueden utilizar como autome- dicación para los miedos sociales, pero los síntomas de la intoxicación o de la abstinencia de sustancias, tales como el temblor, también pueden ser una fuente de (aún más) miedo social. El trastorno de ansiedad social es comórbido con frecuencia con el trastorno dismórfico corporal o el trastorno bipolar; por ejemplo, una persona tiene un trastorno dismórfico corporal en relación con una ligera irregularidad de la nariz y un trastorno de ansiedad social debido a un miedo intenso a parecer poco inteligente. La forma más generalizada del trastorno de ansiedad social, pero no del trastorno de ansiedad social sólo de actuación, es a menudo comórbida con el trastorno de la personalidad evitativa. En los niños es frecuente la comorbilidad con el autismo de alto funcionamiento y el mutismo selectivo.

Trastorno de pánico

Criterios diagnósticos (F41.0)

300.01

- A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de "volverse loco".
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

- B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes:
1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, "volverse loco").
 2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

- C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación)

Características diagnósticas

El *trastorno de pánico* se refiere a ataques de pánico inesperados y recurrentes (Criterio A). Un ataque de pánico es una oleada repentina de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos, y durante ese tiempo se producen cuatro o más síntomas físicos y cognitivos de una lista de 13 síntomas.

El término *recurrente* significa literalmente más de una crisis de pánico inesperada. El término *inesperado* se refiere a un ataque de pánico para el que no hay señal obvia o desencadenante en el momento de la aparición -es decir, el ataque parece ocurrir a partir de la nada, como cuando el individuo se relaja, o aparece durante el sueño (ataque de pánico nocturno)-. En contraste, los ataques de pánico *esperados* son aquellos para los cuales existe una señal obvia o un desencadenante, como una situación en la que normalmente aparecen los ataques de pánico. La determinación de si los ataques de pánico son esperados o inesperados debe hacerla el clínico, que realiza este juicio basándose en la combinación de un interrogatorio cuidadoso en cuanto a la secuencia de los eventos anteriores o previos al ataque y la propia opinión del individuo sobre si el ataque ha aparecido con una razón aparente o sin ella. Pueden influir en la clasificación de los ataques de pánico, según sean inesperados o esperados, las interpretaciones culturales (consulte la sección "Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura" para este trastorno). En Estados Unidos y en Europa, aproximadamente la mitad de los individuos con trastorno de pánico presenta ataques de pánico esperados y también inesperados. Por lo tanto, la presencia de ataques de pánico esperados no descarta el diagnóstico de trastorno de pánico. Para más detalles sobre los ataques esperados frente a los ataques de pánico inesperados, véase el texto sobre los ataques de pánico (págs. 214-217).

La frecuencia y la gravedad de los ataques de pánico varían ampliamente. En cuanto a la frecuencia, algunos individuos presentan las crisis con una periodicidad moderada (p. ej., una vez a la semana) pero regular desde unos meses antes hasta el momento actual. Otros describen breves salvas de crisis más frecuentes (p. ej., cada día) separadas por semanas o meses sin padecer un solo ataque, o bien los presentan con una frecuencia considerablemente menor (p. ej., dos cada mes) durante un período de varios años. Las personas que tienen ataques de pánico infrecuentes se parecen a que tienen ataques más frecuentes en lo que se refiere a síntomas, características demográficas, comorbilidad con otros trastornos, antecedentes familiares y datos biológicos. En cuanto a la gravedad, las personas con trastorno de pánico pueden tener ataques completos (cuatro o más síntomas) o limitados (menos de cuatro síntomas), y el número y el tipo de los síntomas con frecuencia difieren entre un ataque de pánico y el siguiente. Sin embargo, va a ser necesaria más de una crisis inesperada con síntomas completos para el diagnóstico del trastorno de pánico.

Los individuos con ataques de pánico se preocupan de manera característica por las implicaciones o consecuencias que éstos pueden tener sobre sus vidas. Algunos temen que las crisis de pánico sean el anuncio de una enfermedad no diagnosticada que pueda poner en peligro la vida (p. ej., la enfermedad coronaria, un trastorno comicial), a pesar de los controles médicos repetidos que descartan esta posibilidad. Son frecuentes las preocupaciones sociales, como la vergüenza o el miedo a ser juzgados negativamente por los demás, debido a los síntomas evidentes del ataque de pánico, y la creencia de que las crisis de pánico indican que uno se está "volviendo loco", que se está perdiendo el control o que suponen cierta debilidad emocional (Criterio B). Algunos individuos con crisis de angustia recidivantes experimentan un cambio de comportamiento significativo (p. ej., abandonan su puesto de trabajo), pero niegan tener miedo a nuevas crisis de angustia o estar preocupados por sus posibles consecuencias. La preocupación por la posible aparición de nuevas crisis de angustia o sus posibles consecuencias suele asociarse al desarrollo de comportamientos de evitación que pueden reunir los criterios de agorafobia, en cuyo caso debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia. Puede haber cambios de comportamiento desadaptativos para intentar minimizar o evitar nuevos ataques de pánico y

sus consecuencias. Algunos ejemplos incluyen evitar el esfuerzo físico, reorganizar la vida diaria para garantizar la disponibilidad de ayuda en caso de que los síntomas se repitan, lo que restringe las actividades habituales, y evitar situaciones agorafóbicas como salir de casa, usar el transporte público o ir de compras. Si se presenta agorafobia, se hará un diagnóstico independiente de agorafobia.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Un tipo de ataque de pánico inesperado es el **ataque de pánico nocturno** (esto es, despertar del sueño en un estado de pánico, que difiere de la crisis de pánico que se produce después de despertar totalmente del sueño). En Estados Unidos se ha estimado que este tipo de ataque de pánico se produce al menos una vez en aproximadamente de la cuarta a la tercera parte de las personas con trastorno de pánico, de las que la mayoría también puede tener ataques de pánico durante el día. Además de preocuparse por los ataques de pánico y sus consecuencias, muchas personas con trastorno de pánico refieren sensaciones constantes o intermitentes de ansiedad que están más relacionadas en líneas generales con problemas de salud y de salud mental. Por ejemplo, las personas con trastorno de pánico a menudo prevén que un síntoma físico leve o el efecto secundario de un medicamento va a tener un resultado catastrófico (p. ej., piensan que pueden tener una enfermedad cardíaca o que un dolor de cabeza significa la presencia de un tumor cerebral). Tales individuos a menudo son relativamente intolerantes a los efectos secundarios de la medicación. Además puede haber preocupaciones generalizadas sobre si será posible completar las tareas diarias o soportar el estrés diario, un uso excesivo de drogas (p. ej., alcohol, medicamentos o drogas) para controlar los ataques de pánico o comportamientos extremos dirigidos a controlar dichos ataques (p. ej., severas restricciones de la ingesta de alimentos o evitación de determinados alimentos o medicamentos debido a su preocupación por los síntomas físicos que provocan los ataques de pánico).

Prevalencia

En la población general, la prevalencia estimada anual para el trastorno de pánico en Estados Unidos y en varios países europeos está en torno al 2-3 % en los adultos y los adolescentes. En Estados Unidos se ha informado de tasas significativamente más bajas de trastorno de pánico entre los latinos, los afroamericanos, los negros caribeños y los asiáticos americanos que en los blancos no latinos y los indios americanos, que, por el contrario, tienen tasas significativamente más altas. Se han documentado estimaciones más bajas para los países asiáticos, africanos y latinoamericanos, que van del 0,1 al 0,8 %. Las mujeres se ven afectadas con más frecuencia que los varones, en una proporción de aproximadamente 2:1. La diferenciación entre ambos géneros se produce en la adolescencia y ya es observable antes de la edad de 14 años. Aunque los ataques de pánico pueden aparecer en los niños, la prevalencia global de trastornos de pánico es baja antes de los 14 años de edad (< 0,4 %). Los índices del trastorno de pánico muestran un aumento gradual durante la adolescencia, particularmente en las mujeres y posiblemente a raíz de la aparición de la pubertad, y alcanzan el máximo durante la edad adulta. Las tasas de prevalencia disminuyen en las personas mayores (p. ej., el 0,7 % en las personas mayores).

Desarrollo y curso

La media de la edad de inicio de los síntomas del trastorno de pánico en Estados Unidos es de 20 a 24 años. Un pequeño número de casos comienza en la infancia, y la aparición después de los 45 años es poco común, aunque puede ocurrir. El curso normal, si el trastorno no se trata, es crónico pero con oscilaciones. Algunos individuos pueden tener brotes episódicos con años de remisión entre ellos, y otros pueden tener una sintomatología intensa continua. Sólo una minoría de los individuos alcanza una remisión completa durante algunos años sin ninguna recaída posterior. El curso del trastorno de pánico habitualmente se complica por una serie de trastornos, en particular por otros trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias y trastornos depresivos (véase la sección de "Comorbilidad" para este trastorno).

Aunque el trastorno de pánico es muy poco frecuente en la infancia, la primera aparición de "episodios de miedo" a menudo se remonta de forma retrospectiva a la niñez. Como en los adultos, el trastorno de pánico en los adolescentes tiende a tener un curso crónico y suele ser comórbido con otros trastornos de ansiedad, con la depresión y con el trastorno bipolar. Hasta la fecha no se han encontrado diferencias de presentación clínica entre los adolescentes y los adultos. Sin embargo, los adolescentes pueden estar menos preocupados por los ataques de pánico que los adultos jóvenes. La baja prevalencia del trastorno de pánico en los adultos mayores parece ser atribuible a una "amortiguación" relacionada

con la edad que se produce en la respuesta del sistema nervioso autónomo. Se observó que muchas personas mayores con "sentimientos de pánico" parecían presentar un cuadro "híbrido" de ataques de pánico con síntomas limitados y ansiedad generalizada. También, los adultos mayores tienden a atribuir sus ataques de pánico a ciertas situaciones estresantes, como un procedimiento médico o situaciones sociales. Las personas de edad avanzada pueden proporcionar explicaciones para el ataque de pánico retrospectivamente (lo que impediría el diagnóstico de trastorno de pánico), incluso en caso de que el ataque haya sido realmente inesperado en ese momento (y, por lo tanto, válido para el diagnóstico del trastorno de pánico). De esto puede deducirse un infradiagnóstico de los ataques de pánico inesperados en las personas mayores. Por lo tanto, en los adultos mayores será necesario un cuidadoso interrogatorio para evaluar si los ataques de pánico son esperados o inesperados antes de entrar en la situación y así no pasar por alto los ataques de pánico inesperados y el diagnóstico de trastorno de pánico.

Aunque la baja tasa de trastornos de pánico en los niños podría relacionarse con sus dificultades para explicar los síntomas, esto parece poco probable dado que los niños son capaces de comunicar el miedo intenso o el pánico relacionado con la separación y con los objetos o las situaciones fóbicas. Los adolescentes podrían estar menos dispuestos que los adultos a hablar abiertamente de los ataques de pánico. Por lo tanto, los clínicos deben ser conscientes de que los ataques de pánico inesperados aparecen tanto en los adolescentes como en los adultos, y se debería pensar en esta posibilidad cuando se encuentran con adolescentes que presentan episodios de intenso miedo o angustia.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. La afectividad negativa (neuroticismo) (esto es, la predisposición a experimentar emociones negativas) y la sensibilidad a la ansiedad (esto es, la disposición a creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales) son factores de riesgo para la aparición de ataques de pánico y, de manera independiente, para preocuparse por los ataques de pánico, aunque se desconoce su implicación en el riesgo para el diagnóstico del trastorno de pánico. Una historia de "episodios de miedo" (esto es, ataques con síntomas limitados que no cumplen todos los criterios durante una crisis de pánico) puede ser un factor de riesgo para los ataques de pánico y el trastorno de pánico posterior. Aunque la ansiedad por separación en la infancia, sobre todo cuando es grave, puede preceder al desarrollo posterior de un trastorno de pánico, no siempre es un factor de riesgo.

Ambientales. La historia de experiencias infantiles de abusos sexuales y malos tratos físicos es más frecuente en el trastorno de pánico que en algunos otros trastornos de ansiedad. Fumar es un factor de riesgo para los ataques de pánico y el trastorno de pánico. La mayoría de las personas refiere factores de estrés identificables en los meses previos a su primer ataque de pánico (p. ej., factores estresantes interpersonales y factores de estrés relacionados con el bienestar físico, como experiencias negativas con drogas o fármacos, enfermedades o una muerte en la familia).

Genéticos y fisiológicos. Se cree que hay múltiples genes que confieren vulnerabilidad para el trastorno de pánico. Sin embargo, siguen siendo desconocidos los genes exactos, los productos génicos y las funciones relacionadas con las regiones genéticas. Los modelos actuales de sistemas neurales para el trastorno de pánico resaltan el papel de la amígdala y de las estructuras relacionadas, que también están implicadas en otros trastornos de ansiedad. Hay un aumento del riesgo para el trastorno de pánico entre los hijos de los padres con ansiedad, depresión y trastornos bipolares. Algunas dificultades respiratorias, como el asma, se asocian con el trastorno de pánico en cuanto a antecedentes personales, familiares y de comorbilidad.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

La proporción de los temores acerca de los síntomas mentales y somáticos de la ansiedad parece variar entre las culturas y puede influir en la tasa de los ataques de pánico y del trastorno de pánico. Además, las expectativas culturales pueden influir en la clasificación de los ataques de pánico como inesperados o esperados. Por ejemplo, una persona vietnamita que tiene un ataque de pánico después de caminar en un entorno con mucho viento (*trúng gió*, "golpeado por el viento") puede atribuir el ataque de pánico a la exposición al viento como resultado del síndrome cultural que vincula estas dos experiencias, lo que coloca al ataque de pánico en la clasificación como situacional. Varios otros síndromes culturales se asocian con el trastorno de pánico,

entre los que están el *ataque de nervios* de los latinoamericanos y los ataques *khydl* y de "pérdida del alma" de los camboyanos. El *ataque de nervios* puede implicar temblores, gritos o llanto incontrolable, comportamiento agresivo o suicida y despersonalización o desrealización, que se pueden experimentar durante un tiempo más largo que los pocos minutos característicos de los ataques de pánico. Algunas presentaciones clínicas del *ataque de nervios* cumplen los criterios de afecciones distintas del ataque de pánico (p. ej., otro trastorno disociativo especificado). Estos síndromes influyen en los síntomas y en la frecuencia del trastorno de pánico, incluyendo la atribución individual de lo inesperado, ya que los síndromes culturales pueden originar miedo a ciertas situaciones que van desde las discusiones interpersonales (asociadas al *ataque de nervios*) hasta algunos tipos de ejercicio (asociados a los ataques *khyal*), pasando por el viento atmosférico (asociado a los ataques *trúng gió*). La aclaración de las atribuciones culturales puede ayudar a distinguir los ataques de pánico inesperados de los esperados. Para obtener más información sobre los síndromes culturales, consulte el "Glosario de conceptos culturales de malestar" en los Apéndices de esta obra.

Las preocupaciones específicas sobre los ataques de pánico o sobre sus consecuencias tienden a variar de una cultura a otra (y también a través de los diferentes grupos de edad y género). Para el trastorno de pánico, las muestras poblacionales estadounidenses de blancos no latinos presentan un deterioro funcional significativamente menor que las de afroamericanos. También hay mayores índices de gravedad definida objetivamente en los negros caribeños no latinos con trastorno de pánico, y menores tasas de trastorno de pánico global tanto en los afroamericanos como en los afrocaribeños, lo que sugiere que, en los individuos de ascendencia africana, los criterios del trastorno de pánico sólo se satisfacen cuando el trastorno es grave y existe un deterioro sustancial.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las características clínicas del trastorno de pánico no parecen diferir entre los varones y las mujeres. Hay algunas pruebas de dimorfismo sexual, con una asociación entre el trastorno de pánico y el gen de la catecol-O-metiltransferasa (COMT) sólo en las mujeres.

Marcadores diagnósticos

Agentes con diferentes mecanismos de acción, como el lactato de sodio, la cafeína, el isoproterenol, la yohimbina, el dióxido de carbono y la colecistocinina, pueden provocar ataques de pánico, en los individuos con trastorno de pánico, en un grado mucho mayor que en los controles sanos (y en algunos casos, mucho mayor que en los individuos con otros trastornos de ansiedad, trastorno depresivo o trastorno bipolar sin ataques de pánico). Además, en un porcentaje de individuos con trastorno de pánico, los ataques de pánico se relacionan con detectores medulares hipersensibles al dióxido de carbono, lo que ocasiona hipocapnia y otras irregularidades respiratorias. Sin embargo, ninguno de estos resultados de laboratorio se considera diagnóstico para el trastorno de pánico.

Riesgo de suicidio

Los ataques de pánico y un diagnóstico de trastorno de pánico en los últimos 12 meses están relacionados con una mayor tasa de intentos de suicidio y de ideación suicida en los últimos 12 meses, incluso si se consideran la comorbilidad, los antecedentes de maltrato infantil y otros factores de riesgo de suicidio.

Consecuencias funcionales del trastorno de pánico

El trastorno de pánico se asocia con altos niveles de discapacidad social, ocupacional y física, costes económicos considerables y un mayor número de visitas médicas relacionadas con los trastornos de angustia, aunque estos efectos van a ser más intensos cuando se presenta agorafobia. Los individuos con trastorno de pánico pueden ausentarse con frecuencia del trabajo o de la escuela para ir al médico y a los servicios de urgencias, lo que puede conducir al desempleo o al abandono escolar. En los adultos mayores, el deterioro se puede observar durante las tareas de cuidado y las actividades de voluntariado. Los ataques de pánico con síntomas completos típicamente se asocian con una mayor morbilidad (p. ej., una mayor utilización de los centros de salud, más discapacidad, peor calidad de vida) que los ataques de síntomas limitados.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de ansiedad especificados o trastorno de ansiedad no especificado. El trastorno de pánico no se debe diagnosticar si en los ataques de pánico no se presentan los síntomas completos

(inesperados). En el caso de que los ataques de pánico inesperados sólo se presenten con síntomas limitados, debe considerarse el diagnóstico de otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado.

Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica. El trastorno de pánico no se diagnostica si los ataques de pánico se consideran una consecuencia fisiológica directa de otras afecciones médicas. Los ejemplos de afecciones médicas que pueden causar ataques de pánico son el hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo, el feocromocitoma, las disfunciones vestibulares, los trastornos convulsivos y las alteraciones cardiopulmonares (p. ej., las arritmias, la taquicardia supraventricular, el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]). Las pruebas de laboratorio apropiadas (p. ej., los niveles séricos de calcio para el hiperparatiroidismo, la monitorización por Holter para las arritmias) o los exámenes físicos (p. ej., para las afecciones cardíacas) podrían ser útiles para determinar el papel etiológico de otra afección médica.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. El trastorno de pánico no se diagnostica si los ataques de pánico son considerados como un efecto fisiológico directo de una sustancia. La intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central (p. ej., la cocaína, las anfetaminas, la cafeína) o cannabis y la retirada de agentes depresores del sistema nervioso central (p. ej., el alcohol, los barbitúricos) pueden precipitar un ataque de pánico. Sin embargo, si los ataques de pánico continúan ocurriendo fuera del contexto del uso de sustancias (p. ej., mucho después de que los efectos de la intoxicación o de la abstinencia hayan finalizado), se debería considerar el diagnóstico de trastorno de pánico. Además, dado que en algunas personas el trastorno de pánico puede preceder al uso de sustancias y estar asociado al aumento del consumo de las mismas y, sobre todo, a los efectos de la automedicación, se debería realizar una historia detallada para determinar si el individuo presentaba ataques de pánico antes del consumo excesivo de esa sustancia. Si éste es el caso, se debe considerar el diagnóstico de trastorno de pánico además del diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias. Características tales como la aparición después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante un ataque de pánico (p. ej., vértigo, pérdida de conciencia, pérdida del control de esfínteres, trastornos del habla, amnesia) sugieren la posibilidad de que otra afección médica o una sustancia pueda estar causando los síntomas del ataque de pánico.

Otros trastornos mentales con ataques de pánico como característica asociada (p. ej., otros trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos). Los ataques de pánico que suceden como un síntoma de otros trastornos de ansiedad son del tipo esperado (p. ej., provocados por situaciones sociales en el trastorno de ansiedad social, por objetos o situaciones fóbicas en la fobia específica o la agorafobia, por la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada, por la separación del hogar o de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad de separación) y, por lo tanto, no cumplen los criterios del trastorno de pánico. (**Nota:** A veces, un ataque de pánico inesperado se asocia con la aparición de otro trastorno de ansiedad, pero entonces los ataques se vuelven esperados, mientras que el trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico inesperados y recurrentes.) Si los ataques de pánico se producen sólo en respuesta a desencadenantes específicos, entonces sólo se diagnostica un trastorno de ansiedad específico. Sin embargo, si el individuo experimenta ataques de pánico inesperados y demuestra una inquietud persistente y preocupación o cambios de comportamiento debido a los ataques, entonces se debería considerar el diagnóstico adicional de trastorno de pánico.

Comorbilidad

El trastorno de pánico se observa con poca frecuencia en la práctica clínica en ausencia de otra psicopatología. La prevalencia del trastorno de pánico es elevada en las personas con otros trastornos, particularmente otros trastornos de ansiedad (especialmente la agorafobia), la depresión mayor, el trastorno bipolar y, posiblemente, el trastorno por consumo moderado de alcohol. Mientras que el trastorno de pánico a menudo tiene una edad de inicio anterior a la del trastorno comórbido, su aparición a veces se produce después de la comorbilidad y puede considerarse un marcador de gravedad de la enfermedad comórbida. Las tasas de por vida referidas para la comorbilidad entre el trastorno de pánico y el trastorno depresivo mayor varían ampliamente, desde el 10 al 65 %, en los individuos con trastorno de pánico. En aproximadamente un tercio de los individuos con ambos trastornos, la depresión precede a la aparición de un trastorno de pánico. En los dos tercios restantes, la depresión se produce coincidiendo con la aparición del trastorno de pánico o después de él. Un subgrupo de individuos con trastorno de pánico acaba desarrollando un trastorno por consumo de sustancias, lo que para algunos representa un

intento de tratar la ansiedad con alcohol o medicamentos. La comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y el trastorno de ansiedad a causa de una enfermedad también son frecuentes.

El trastorno de pánico es comórbido de manera significativa con numerosos síntomas y afecciones médicas generales, entre las que están los mareos, las arritmias cardíacas, el hipertiroidismo, el asma, la EPOC y el síndrome del intestino irritable, entre otras. Sin embargo, la naturaleza de la asociación (p. ej., causa y efecto) entre el trastorno de pánico y estas afecciones permanece incierta. Aunque el prolapso de la válvula mitral y las enfermedades de tiroides son más frecuentes entre las personas con trastorno de pánico que entre la población general, las diferencias entre prevalencias no son uniformes.

Especificador del ataque de pánico

Nota: Los síntomas se presentan con el propósito de identificar un ataque de pánico; sin embargo, el ataque de pánico no es un trastorno mental y no se puede codificar. Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad, así como en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico, se ha de anotar como un especificador (p. ej., “trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico”). En el trastorno de pánico, la presencia de un ataque de pánico está contenida en los criterios para el trastorno y el ataque de pánico no se utiliza como un especificador.

La aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o a “volverse loco”.
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

Características

La característica esencial de un ataque de pánico es un acceso brusco de miedo o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos, tiempo durante el cual se presentan cuatro o más de un total de 13 síntomas físicos y cognitivos. Once de estos 13 síntomas son físicos (p. ej., palpitaciones, sudoración), mientras que dos son cognitivos (esto es, el miedo a perder el control o a volverse loco, y el miedo a morir). “El miedo a volverse loco” es una expresión coloquial utilizada a menudo por personas con ataques de pánico y no pretende servir de término peyorativo o diagnóstico. El término *en cuestión de minutos* significa que el tiempo hasta el máximo de intensidad es sólo, literalmente, de

unos minutos. Un ataque de pánico puede surgir tanto de un estado de calma como de un estado de ansiedad, y se debería evaluar el tiempo hasta el pico de intensidad máxima de manera independiente de cualquier precedente de ansiedad. Es decir, el comienzo del ataque de pánico es el punto en el que hay un aumento brusco del malestar, en vez de ser el punto en el que la ansiedad comienza a desarrollarse. Del mismo modo, un ataque de pánico puede regresar tanto hacia un estado de ansiedad como hacia un estado de calma, y posiblemente pueda alcanzar el pico nuevamente. El ataque de pánico se distingue de la ansiedad constante por el tiempo que transcurre hasta el máximo de su intensidad, que se produce en cuestión de minutos, por su naturaleza discreta y, generalmente, por su mayor intensidad. Los ataques que cumplen todos los demás criterios, pero que tienen menos de cuatro síntomas físicos y/o cognitivos, se conocen como ataques de *síntomas limitados*.

Hay dos tipos característicos de ataques de pánico: los esperados y los inesperados. Los *ataques de pánico esperados* son aquellos en que existe una señal obvia o desencadenante, como son las situaciones en las que previamente han ocurrido ataques de pánico. Los *ataques de pánico inesperados* son aquellos para los que no hay ninguna señal obvia o desencadenante en el momento en que aparecen (p. ej., al relajarse o al dormir [ataque de pánico nocturno]). Se espera que sea el clínico el que determine si los ataques de pánico son esperados o inesperados, juicio que basará en la combinación de un interrogatorio cuidadoso, en cuanto a la secuencia de los eventos anteriores o previos al ataque, con la propia opinión del individuo sobre si parece que el ataque sucedió con o sin alguna razón aparente. Las interpretaciones culturales pueden influir en la determinación de su forma, esperada o inesperada. Se pueden objetivar síntomas específicos de la cultura (p. ej., zumbido de oídos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos incontrolables o llanto); sin embargo, tales síntomas no deben contar como uno de los cuatro síntomas requeridos para el diagnóstico. Los ataques de pánico pueden aparecer en el contexto de cualquier trastorno mental (p. ej., los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, los trastornos bipolares, los trastornos de la alimentación, los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, los trastornos de personalidad, los trastornos psicóticos, los trastornos por consumo de sustancias) y algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales), y la mayoría no cumple con los criterios para el trastorno de pánico. Se requieren ataques de pánico inesperados y recurrentes para hacer un diagnóstico de trastorno de pánico.

Características asociadas

Un tipo de ataque de pánico inesperado es el *ataque de pánico nocturno* (esto es, despertarse del sueño en un estado de pánico), que difiere del pánico después de despertarse plenamente del sueño. Los ataques de pánico están relacionados con una mayor tasa de intentos de suicidio e ideación suicida, incluso cuando se tienen en cuenta la comorbilidad y otros factores de riesgo de suicidio.

Prevalencia

En Estados Unidos, en la población general, la estimación de la prevalencia anual para los ataques de pánico es del 11,2 % en los adultos. Las estimaciones de la prevalencia anual no parecen diferir significativamente entre los afroamericanos, los asiático-americanos y los latinos. Las estimaciones de la prevalencia anual son más bajas en los países europeos y parecen oscilar entre el 2,7 y el 3,3 %. Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los varones por los ataques de pánico, aunque esta diferencia de género es más pronunciada para el trastorno de pánico. Los ataques de pánico pueden aparecer en los niños, pero son relativamente raros hasta la pubertad, momento en que las tasas de prevalencia aumentan. Las tasas de prevalencia disminuyen en las personas de más edad, posiblemente como reflejo de una disminución de la gravedad hasta niveles subclínicos.

Desarrollo y curso

La edad media de inicio de los ataques de pánico en Estados Unidos es de aproximadamente 22 a 23 años entre los adultos. Sin embargo, el curso de los ataques de pánico está probablemente influenciado por el curso de cualquier otro trastorno mental concurrente y por los eventos estresantes de la vida. Los ataques de pánico son poco frecuentes, y los ataques de pánico inesperados son raros en los niños preadolescentes. Los adolescentes podrían estar menos predispuestos que los adultos a hablar abiertamente de los ataques de pánico, a pesar de que se presentan con episodios de miedo o malestar intensos. La baja prevalencia de los ataques de pánico en las personas mayores puede estar relacionada con una respuesta más débil del sistema nervioso autónomo a los estados emocionales en comparación con los individuos más jóvenes. Las personas de edad avanzada pueden estar menos inclinadas a usar la pala

bra "miedo" y más inclinadas a utilizar la palabra "malestar" para describir los ataques de pánico. Las personas mayores con "sentimientos de pánico" pueden presentar un cuadro "híbrido" de ataques de pánico de síntomas limitados y de ansiedad generalizada. Además, las personas mayores tienden a atribuir los ataques de pánico a ciertas circunstancias (p. ej., procedimientos médicos, situaciones sociales) que son estresantes y pueden proporcionar explicaciones retrospectivas para el ataque de pánico incluso si ocurrió de manera inesperada en la realidad. De esto se podría deducir que existe un infra- diagnóstico de los ataques de pánico inesperados en las personas mayores.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. La afectividad negativa (neuroticismo) (esto es, la predisposición a experimentar emociones negativas) y la sensibilidad a la ansiedad (esto es, la disposición para creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales) son factores de riesgo para la aparición de ataques de pánico. La experiencia previa de "episodios de miedo" (esto es, ataques de síntomas limitados que no cumplen los criterios completos para un ataque de pánico) puede ser un factor de riesgo para los ataques de pánico posteriores.

Ambientales. Fumar es un factor de riesgo para los ataques de pánico. La mayoría de las personas identifica factores de estrés en los meses previos a su primer ataque de pánico (p. ej., los factores estresantes interpersonales y los factores de estrés relacionados con el bienestar físico, tales como las experiencias negativas con medicamentos lícitos e ilícitos, las enfermedades o la muerte en la familia).

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las interpretaciones culturales pueden influir en la clasificación de los ataques de pánico como esperados o inesperados. Los síntomas específicos de la cultura pueden objetivarse (p. ej., zumbido de oídos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos incontrolables o llanto); sin embargo, tales síntomas no deben contar como uno de los 4 síntomas requeridos para el diagnóstico. La frecuencia de cada uno de los 13 síntomas varía entre las culturas (p. ej., las tasas más altas de parestesias en los afroamericanos y de mareos en varios grupos asiáticos). Los síndromes culturales también influyen en la presentación intercultural de los ataques de pánico, lo que origina diferentes perfiles de síntomas a través de los distintos grupos culturales. Algunos ejemplos son los ataques *khyal* (viento), un síndrome cultural de Camboya que cursa con mareos, acúfenos y dolor de cuello, y los ataques *trúng gió* (relacionados con el viento), un síndrome de la cultura vietnamita asociado con dolores de cabeza. El *ataque de nervios* es un síndrome cultural de los latinoamericanos que puede implicar temblor, gritos incontrolables o llanto, comportamiento agresivo o suicida y despersonalización o desrealización, y puede experimentarse durante un tiempo mayor que los pocos minutos típicos de los ataques de pánico. Algunas presentaciones clínicas del *ataque de nervios* cumplen los criterios de otras afecciones distintas del ataque de pánico (p. ej., otro trastorno disociativo especificado). Además, las expectativas culturales pueden influir en la clasificación de los ataques de pánico como esperados o inesperados, como ocurre en los síndromes culturales en los que se puede originar miedo a ciertas situaciones, desde discusiones interpersonales (asociadas con el *ataque de nervios*), hasta ciertos tipos de ejercicio (asociados con los ataques *khyal*), pasando por el viento atmosférico (asociado con los ataques *trúng gió*). La aclaración de las atribuciones culturales puede ayudar a distinguir los ataques de pánico inesperados de los esperados. Para obtener más información sobre los síndromes culturales, consulte el "Glosario de conceptos culturales de la ansiedad" en el Apéndice.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Los ataques de pánico son más comunes en las mujeres que en los varones, pero las características o síntomas clínicos de los ataques de pánico no difieren entre los varones y las mujeres.

Marcadores diagnósticos

Los registros fisiológicos de los ataques de pánico de causa natural en las personas con trastorno de pánico indican un acceso brusco de la excitación, por lo general de la frecuencia cardíaca, que alcanza su máxima expresión en minutos y que desaparece también en cuestión de minutos, y en un porcentaje de estos individuos el ataque de pánico podría estar precedido de inestabilidad cardiorrespiratoria.

Consecuencias funcionales del ataque de pánico

En el contexto de los trastornos mentales, entre los que están los trastornos de ansiedad, el trastorno depresivo, el trastorno bipolar, los trastornos por consumo de sustancias, los trastornos psicóticos y los trastornos de la personalidad, pueden concurrir los ataques de pánico con una mayor gravedad de los síntomas, unas tasas más altas de comorbilidad y de tendencia suicida, y una respuesta más pobre al tratamiento. Además, los ataques de pánico con sintomatología completa normalmente se asocian con una mayor morbilidad (p. ej., un mayor uso de los servicios sanitarios, mayor discapacidad, peor calidad de vida) que los ataques de síntomas limitados.

Diagnóstico diferencial

Otros episodios paroxísticos (por ejemplo, "ataques de ira"). No se deberían diagnosticar ataques de pánico cuando los episodios no implican la característica esencial de un aumento brusco del miedo o un malestar intenso, sino más bien otros estados emocionales (p. ej., la ira, la pena).

Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica. Las afecciones médicas que pueden causar o ser mal diagnosticadas de ataques de pánico son el hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo, el feocromocitoma, las disfunciones vestibulares, los trastornos convulsivos y las afecciones cardiopulmonares (p. ej., las arritmias, la taquicardia supraventricular, el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Las pruebas adecuadas de laboratorio (p. ej., los niveles de calcio en el suero para el hiperparatiroidismo, o la monitorización por Holter para las arritmias) o los exámenes médicos (p. ej., para las enfermedades cardíacas) podrían ser útiles para determinar el papel etiológico de otra afección médica.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. Pueden precipitar un ataque de pánico la intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central (p. ej., la cocaína, las anfetaminas, la cafeína) o cannabis y la abstinencia de los agentes depresores del sistema nervioso central (p. ej., el alcohol, los barbitúricos). Se debe realizar una historia detallada para determinar si el individuo tenía ataques de pánico antes del consumo excesivo de sustancias. Características tales como una aparición después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante un ataque de pánico (p. ej., vértigo, pérdida de la conciencia, pérdida del control de los esfínteres, trastornos del habla o amnesia) sugieren la posibilidad de que una afección médica o de que una sustancia puedan estar causando los síntomas del ataque de pánico.

Trastorno de pánico. Para el diagnóstico de trastorno de pánico se requieren ataques de pánico inesperados y repetidos, pero no son suficientes para el diagnóstico de éste (p. ej., se deben cumplir todos los criterios diagnósticos para el trastorno de pánico).

Comorbilidad

Los ataques de pánico están asociados a una mayor probabilidad de padecer diversos trastornos mentales comórbidos, entre los que están los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, los trastornos bipolares, los trastornos del control de los impulsos y los trastornos por consumo de sustancias. Los ataques de pánico se asocian con una mayor probabilidad de desarrollar posteriormente trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos bipolares y posiblemente otros trastornos.

Agorafobia

Criterios diagnósticos

300.22 (F40.00)

- A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:
1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
 2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
 3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
 4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
 5. Estar fuera de casa solo.
- B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes

- o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la incontinencia).
- C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.
 - D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
 - E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.
 - F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.
 - G. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.
 - I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, tipo situacional; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota: Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la agorafobia es un marcado o intenso miedo o ansiedad provocados por la exposición real o anticipatoria a una amplia gama de situaciones (Criterio A). El diagnóstico requiere ser corroborado por los síntomas que se producen en al menos dos de las cinco situaciones siguientes: 1) el uso de medios de transporte público, tales como automóviles, autobuses, trenes, barcos o aviones; 2) encontrarse en espacios abiertos, tales como estacionamientos, plazas, puentes; 3) estar en espacios cerrados, tales como tiendas, teatros, cines; 4) estar de pie haciendo cola o encontrarse en una multitud, o 5) estar fuera de casa solo. Los ejemplos para cada situación no son exclusivos; se pueden temer otras situaciones. Al experimentar el miedo y la ansiedad desencadenados por tales situaciones, los individuos suelen experimentar pensamientos de que algo terrible podría suceder (Criterio B). Los individuos con frecuencia creen que podría ser difícil escapar de este tipo de situaciones (p. ej., "no se puede salir de aquí") o que sería difícil disponer de ayuda en el momento en que se presentaran síntomas similares a la angustia u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., "no hay nadie que me ayude"). "Los síntomas similares al pánico" se refieren a cualquiera de los 13 síntomas incluidos en los criterios del ataque de pánico, tales como mareos, desmayos y miedo a morir. "Otros síntomas incapacitantes o embarazosos" podrían ser los vómitos y los síntomas inflamatorios del intestino, así como, en las personas mayores, el miedo a caerse o, en los niños, una sensación de desorientación y de encontrarse perdidos.

La cantidad de miedo experimentado puede variar con la proximidad a la situación temida y puede ocurrir en anticipación o en presencia de la situación agorafóbica. Además, el miedo o la ansiedad pueden tomar la forma de un ataque de pánico de síntomas limitados o completo (esto es, un ataque de pánico esperado). El miedo o la ansiedad se evocan casi cada vez que el individuo entra en contacto con la situación temida (Criterio C). Por lo tanto, una persona que desarrolla ansiedad y sólo de vez en cuando se produce una situación agorafóbica (p. ej., desarrolla ansiedad cuando hace cola en sólo una de cada cinco ocasiones) no sería diagnosticada de agorafobia. El individuo evita activamente la situación o, si no puede o decide no evitarla, la situación provoca un miedo o una ansiedad intensa (Criterio D). La *evitación activa* significa que el individuo se comporta de una manera intencionada para prevenir o minimizar el contacto con las situaciones de agorafobia. La naturaleza de la evitación puede ser comportamental (p. ej., cambiar las rutinas

diarias, la elección de un trabajo cercano para evitar el uso del transporte público, encargar las compras a domicilio para evitar entrar en las tiendas y los supermercados) o cognitiva (p. ej., usar la distracción para superar las situaciones de agorafobia). La evitación puede llegar a ser tan grave que la persona se quede completamente confinada en casa. A menudo, la persona se encuentra en mejores condiciones para hacer frente a la situación temida si va acompañada de alguien, como un socio, un amigo o un profesional de la salud.

El miedo, la ansiedad y la evitación deben ser desproporcionados para el peligro que realmente suponen las situaciones de agorafobia y para el contexto sociocultural (Criterio E). Es importante, por varias razones, diferenciar los temores agorafóbicos clínicamente significativos de los temores razonables (p. ej., salir de casa durante una fuerte tormenta) o de las situaciones que se consideren peligrosas (p. ej., caminar por un aparcamiento o usar el transporte público en un área de alta criminalidad). En primer lugar, la evasión puede ser difícil de juzgar a través de la cultura y el contexto sociocultural (p. ej., en ciertas partes del mundo, es socioculturalmente aceptable que las mujeres musulmanas ortodoxas eviten salir de casa solas, y esta evitación no se consideraría indicativa de agorafobia). En segundo lugar, los adultos mayores son propensos a atribuir en exceso sus temores a las limitaciones relacionadas con la edad y son menos propensos a juzgar sus miedos como desproporcionados con respecto al riesgo real. En tercer lugar, las personas con agorafobia tienden a sobrestimar el peligro de los síntomas similares al pánico u otros síntomas corporales. La agorafobia se debe diagnosticar sólo si el miedo, la ansiedad o la evitación persiste (Criterio F) y si causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro significativo en las áreas sociales u ocupacionales, o en otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio G). La duración de "típicamente 6 meses o más" pretende excluir a las personas con problemas transitorios de corta duración. Sin embargo, el criterio de duración se debería utilizar como guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

En sus formas más severas, la agorafobia puede motivar que los individuos se queden totalmente confinados en casa, que no puedan salir de su hogar y que dependan de los demás para los servicios o la asistencia e incluso para las necesidades básicas. Son frecuentes la desmoralización y los síntomas depresivos, así como el abuso del alcohol y los medicamentos sedantes, y los intentos indebidos de automedicación.

Prevalencia

Cada año, aproximadamente el 1,7 % de los adolescentes y de los adultos es diagnosticado de agorafobia. Las mujeres tienen el doble de probabilidad que los varones de experimentar agorafobia. La agorafobia puede ocurrir en la infancia, pero la incidencia máxima se encuentra en la adolescencia tardía y en la vida adulta temprana. La prevalencia anual en los individuos mayores de 65 años es del 0,4 %. Las tasas de prevalencia no parecen variar sistemáticamente en los diferentes grupos culturales o raciales.

Desarrollo y curso

El porcentaje de personas con agorafobia que refieren ataques de pánico o trastorno de pánico antes de la aparición de la agorafobia es del 30 % en las muestras de la comunidad y de más del 50 % en las muestras clínicas. La mayoría de los individuos con trastorno de pánico muestra signos de ansiedad y agorafobia antes de la aparición del trastorno de pánico.

En dos tercios de todos los casos de agorafobia, la aparición inicial es anterior a los 35 años. Hay un riesgo importante de incidencia en la adolescencia tardía y en la vida adulta temprana, con una segunda fase de alto riesgo de incidencia después de los 40 años de edad. La primera aparición en la infancia es poco común. La edad media de inicio de los síntomas de agorafobia en la población general son los 17 años, aunque la edad de inicio de la agorafobia sin ataques de pánico o trastorno de pánico precedentes es 25-29 años. El curso de la agorafobia es típicamente persistente y crónico. A menos que se trate, la remisión completa de la agorafobia es rara (10 %). En los casos graves de agorafobia, las tasas de plena remisión disminuyen, mientras que las tasas de recaída y cronicidad aumentan. Una variedad de otros trastornos, en particular otros trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, los trastornos por uso de sustancias y los trastornos de la personalidad, pueden complicar el curso de la agorafobia. La evolución a largo plazo

y el pronóstico de la agorafobia se asocian con un riesgo sustancialmente elevado de trastorno depresivo mayor secundario, de trastorno depresivo persistente (distimia) y de trastorno por consumo de sustancias.

Las características clínicas de la agorafobia son relativamente constantes durante toda la vida, aunque el tipo de situaciones agorafóbicas que desencadenan el miedo, la ansiedad o la evitación, así como el tipo de cogniciones, pueden variar. Por ejemplo, en los niños estar fuera de casa a solas es la situación temida más frecuente, mientras que en los adultos mayores las situaciones que más habitualmente temen son estar en tiendas, haciendo cola y en espacios abiertos. Además, las cogniciones a menudo se refieren a perderse (en los niños), a experimentar síntomas similares a la angustia (en los adultos) y a caerse (en las personas mayores).

La baja prevalencia de la agorafobia en los niños podría reflejar dificultades para expresar los síntomas y, por lo tanto, las evaluaciones en los niños pequeños pueden requerir la obtención de información a partir de múltiples fuentes, entre ellas los padres y los maestros. Los adolescentes, en particular los varones, pueden estar menos dispuestos que los adultos a expresar abiertamente los temores y la evitación de la agorafobia; sin embargo, la agorafobia puede aparecer antes de la edad adulta y se debería evaluar tanto en los niños como en los adolescentes. Las personas mayores suelen citar los trastornos comórbidos con síntomas somáticos y las alteraciones motoras (p. ej., la sensación de caerse o de tener complicaciones médicas) como el motivo del miedo y la evitación. En estos casos debe evaluarse con cuidado si el miedo y la evitación son desproporcionados en relación al verdadero peligro involucrado.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. La inhibición de la conducta y la disposición neurótica (p. ej., la afectividad negativa [neuroticismo] y la sensibilidad a la ansiedad) están estrechamente relacionadas con la agorafobia, pero son relevantes para la mayoría de los trastornos de ansiedad (trastornos fóbicos, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada). La sensibilidad a la ansiedad (la disposición a creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales) también es característica de las personas con agorafobia.

Ambientales. Los sucesos negativos de la infancia (p. ej., separación, muerte de los padres) y otros acontecimientos estresantes, como haber sido atacado o atracado, se asocian a la aparición de la agorafobia. Además, las personas con agorafobia describen un clima familiar y una crianza caracterizados por escasa calidez y exceso de sobreprotección.

Genéticos y fisiológicos. La heredabilidad de la agorafobia es del 61 %. De las diversas fobias, la agorafobia es la que tiene la asociación más intensa y específica con el factor genético de propensión a las fobias.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Los patrones de trastornos comórbidos de las mujeres y de los varones son distintos. De acuerdo con las diferencias de género en cuanto a prevalencia de trastornos mentales, los varones tienen mayores tasas de comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias.

Consecuencias funcionales de la agorafobia

La agorafobia se asocia con una considerable deficiencia y discapacidad en lo que se refiere a funcionalidad, productividad laboral y días de incapacidad. La gravedad de la agorafobia es un fuerte determinante del grado de discapacidad, independientemente de la presencia comórbida de un trastorno de pánico, ataques de pánico y otros trastornos. Más de un tercio de los individuos con agorafobia permanece completamente confinado en casa y no puede trabajar.

Diagnóstico diferencial

Cuando se cumplen todos los criterios diagnósticos de la agorafobia y de otro trastorno, se deberán asignar ambos diagnósticos, a menos que el miedo, la ansiedad o la evitación de la agorafobia sean atribuibles al otro trastorno. En algunos casos podría ser útil la ponderación de los criterios y el juicio clínico.

Fobia específica de tipo situacional. La diferenciación con la agorafobia puede ser difícil en algunos casos, debido a que estas afecciones comparten varios síntomas y criterios característicos. Se debería diagnosticar fobia específica situacional en lugar de la agorafobia si el miedo, la ansiedad y la evitación se limitan a una de las situaciones de agorafobia. Como método sólido para diferenciar la agorafobia de las fobias específicas se debería exigir el temor a dos o más de las situaciones de agorafobia, en particular en el subtipo situacional. Una característica diferenciadora adicional es la cognición. Por lo tanto, si la situación se teme por razones distintas a experimentar síntomas similares a la angustia u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., temor a ser dañado directamente por la propia situación, como el miedo a que se estrellen los aviones en las personas que temen volar), podría ser más apropiado un diagnóstico de fobia específica.

Trastorno de ansiedad por separación. El trastorno de ansiedad por separación se puede diferenciar de la agorafobia mediante el análisis de las cogniciones. En el trastorno de ansiedad por separación, los pensamientos son acerca del desapego de las figuras vinculantes y del entorno del hogar (p. ej., los padres u otras figuras de apego), mientras que en la agorafobia, el foco está en los síntomas de pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos en las situaciones temidas.

Trastorno de ansiedad social (fobia social). La agorafobia se debe distinguir del trastorno de ansiedad social basándose principalmente en las situaciones que desencadenan el miedo, la ansiedad o la evitación, y en la cognición. En el trastorno de ansiedad social, la atención se centra en el miedo a ser evaluado negativamente.

Trastorno de pánico. No se debería diagnosticar la agorafobia cuando se cumplen los criterios del trastorno de pánico y si las conductas de evitación asociadas con los ataques de pánico no se extienden a la evitación de dos o más situaciones de agorafobia.

Trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático. El trastorno de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se pueden diferenciar de la agorafobia examinando si el miedo, la ansiedad o la evitación se relaciona únicamente con las situaciones que recuerdan al individuo un acontecimiento traumático. Si el miedo, la ansiedad o la evitación se limita a los recordatorios del trauma, y si el comportamiento de evitación no se extiende a dos o más situaciones de agorafobia, no estaría justificado un diagnóstico de agorafobia.

Trastorno depresivo mayor. En el trastorno depresivo mayor, el individuo puede evitar dejar la casa debido a la apatía, la pérdida de energía, la baja autoestima y la anhedonia. Si la evitación no está relacionada con el temor a presentar síntomas incapacitantes o embarazosos similares a la angustia, no se debería diagnosticar una agorafobia.

Otras afecciones médicas. No se diagnosticaría agorafobia si la evitación de las situaciones es consecuencia fisiológica de una afección médica. Esta determinación se basa en la historia, los hallazgos de laboratorio y el examen físico. Otras afecciones médicas de interés son los trastornos neurodegenerativos con alteraciones motoras asociadas (p. ej., la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple) y los trastornos cardiovasculares. Los individuos con ciertas afecciones médicas pueden evitar ciertas situaciones debido a una preocupación realista por su incapacidad (p. ej., los desmayos en un individuo con ataques isquémicos transitorios) o por sentir vergüenza (p. ej., la diarrea en un individuo con enfermedad de Crohn). Se debería realizar un diagnóstico de agorafobia sólo cuando el temor y la evitación sean claramente superiores a los que, por lo general, se asocian a estas afecciones médicas.

Comorbilidad

La mayoría de los individuos que padecen agorafobia tiene también otros trastornos mentales. Los diagnósticos adicionales más frecuentes son otros trastornos de ansiedad (p. ej., fobias específicas, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social), trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor), trastorno de estrés postraumático y trastorno por consumo de alcohol. Mientras que otros trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de ansiedad por separación, fobias específicas, trastorno de pánico) con frecuencia preceden a la aparición de la agorafobia, el trastorno depresivo y los trastornos por consumo de sustancias suelen ocurrir de forma secundaria a la agorafobia.

Trastorno de ansiedad generalizada

Criterios diagnósticos

300.02

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 2. Facilidad para fatigarse.
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
 - F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad y una preocupación excesivas (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación, y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma interfiere con la atención a las tareas inmediatas. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada a menudo se preocupan todos los días acerca de circunstancias rutinarias de la vida, tales como posibles responsabilidades en el trabajo, la salud y las finanzas, la salud de los miembros de la familia, la desgracia de sus hijos o asuntos de menor importancia (p. ej., las tareas del hogar o llegar tarde a las citas). Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse en exceso por su competencia o por la calidad de su desempeño. Durante el curso del trastorno, el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otra.

Varias características distinguen el trastorno de ansiedad generalizada de la ansiedad no patológica. En primer lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son excesivas y, por lo general, interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial, mientras que las preocupaciones de la vida cotidiana no son excesivas, se perciben como más manejables y pueden ser aplazadas si surgen asuntos más urgentes. En segundo lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son más penetrantes, pronuncia

das y angustiosas; tienen una mayor duración y se producen con frecuencia sin desencadenantes. Cuanto mayor sea la variedad de circunstancias de la vida sobre las que una persona se preocupa (p. ej., las finanzas, la seguridad de los niños, el rendimiento en el trabajo), es más probable que sus síntomas cumplan los criterios del trastorno de ansiedad generalizada. En tercer lugar, las preocupaciones cotidianas se asocian con mucha menos frecuencia a síntomas físicos (p. ej., inquietud, sentimiento de agitación o nerviosismo). Las personas con trastorno de ansiedad generalizada refieren malestar subjetivo debido a la preocupación constante y al deterioro de las áreas sociales u ocupacionales, o de otras áreas importantes del funcionamiento.

La ansiedad y la preocupación se acompañan de, al menos, tres de los siguientes síntomas adicionales: inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño, a pesar de que en los niños sólo se requiere un síntoma adicional.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Asociados a la tensión muscular pueden aparecer temblores, contracciones nerviosas, inestabilidad y molestias musculares o dolor. Muchas personas con trastorno de ansiedad generalizada también experimentan síntomas somáticos (p. ej., sudoración, náuseas y diarrea) y una respuesta de sobresalto exagerada.

Los síntomas de hiperactividad vegetativa (p. ej., el ritmo cardíaco acelerado, dificultad para respirar, mareos) son menos prominentes en el trastorno de ansiedad generalizada que en otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico. Otras afecciones que pueden estar asociadas con el estrés (p. ej., el síndrome del intestino irritable, dolores de cabeza) acompañan con frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada.

Prevalencia

La prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada en Estados Unidos es del 0,9 % entre los adolescentes y del 2,9 % entre los adultos en la comunidad. La prevalencia anual del trastorno en otros países varía del 0,4 al 3,6 %. El riesgo de por vida es del 9,0 %. Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los varones de experimentar un trastorno de ansiedad generalizada. La mayor prevalencia del diagnóstico se da en la edad media de la vida, con disminución en las edades más avanzadas. Las personas de ascendencia europea tienden a experimentar el trastorno de ansiedad generalizada más frecuentemente que los individuos de ascendencia no europea (p. ej., de Asia, de África, nativos americanos y de las islas del Pacífico). Además, las personas de los países desarrollados tienen más probabilidades que las personas procedentes de países no desarrollados de manifestar que han experimentado síntomas que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada a lo largo de su vida.

Desarrollo y curso

Muchas personas con trastorno de ansiedad generalizada expresan que han sentido ansiedad y nerviosismo durante toda su vida. La edad media de inicio de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada es de 30 años; sin embargo, la edad de inicio se extiende a lo largo de un amplio rango. La edad media de aparición es más tardía que la de los otros trastornos de ansiedad. Los síntomas de preocupación y ansiedad excesiva pueden aparecer en edades tempranas de la vida, pero entonces se manifiestan como un temperamento ansioso. El inicio del trastorno rara vez ocurre antes de la adolescencia. Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada tienden a ser crónicos y oscilantes durante toda la vida, fluctuando entre formas sindrómicas y subsindrómicas del trastorno. Las tasas de remisión completa son muy bajas.

La expresión clínica del trastorno de ansiedad generalizada es relativamente constante a lo largo de la vida. La principal diferencia entre los grupos de edad está en el contenido por el que el individuo se preocupa. Los niños y los adolescentes tienden a preocuparse más por la escuela y el rendimiento deportivo, mientras que las personas mayores refieren una mayor preocupación por el bienestar de su familia o de su propia salud física. Por lo tanto, el contenido de la preocupación del individuo tiende a ser apropiado para la edad. Los adultos más jóvenes experimentan síntomas más graves que los adultos mayores.

El inicio más precoz de los síntomas que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada se asocia a una comorbilidad y un deterioro mayores. La aparición de una enfermedad física

crónica puede ser un tema importante de preocupación excesiva en los ancianos. En los ancianos frágiles, las preocupaciones sobre la seguridad y, sobre todo, por las caídas pueden limitar sus actividades. En las personas con deterioro cognitivo precoz se debería considerar, de manera realista y en el contexto del deterioro cognitivo, lo que podría ser una preocupación excesiva sobre, por ejemplo, el paradero de las cosas.

En los niños y los adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada, las inquietudes y las preocupaciones a menudo se refieren a la calidad de su rendimiento o a su competencia en la escuela o las actividades deportivas, incluso si el rendimiento no está siendo evaluado por los demás. Puede haber excesivas preocupaciones sobre la puntualidad. También pueden preocuparse por sucesos catastróficos, como los terremotos o la guerra nuclear. Los niños con este trastorno pueden ser demasiado formales, perfeccionistas e inseguros y tienden a repetir las tareas debido a una excesiva insatisfacción con su rendimiento. Por lo general son muy propensos a buscar seguridad y aprobación, y requieren una reafirmación excesiva sobre su desempeño y otras cosas que les preocupan.

El trastorno de ansiedad generalizada puede sobrediagnosticarse en los niños. Cuando se considera este diagnóstico en los niños, se debe hacer una evaluación completa de la presencia de otros trastornos de ansiedad de la infancia y de otros trastornos mentales para determinar si las preocupaciones se pueden explicar mejor por alguno de ellos. El trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de ansiedad social (fobia social) y el trastorno obsesivo-compulsivo se acompañan a menudo de preocupaciones que pueden confundirse con las que se describen en el trastorno de ansiedad generalizada. Por ejemplo, un niño con trastorno de ansiedad social puede estar preocupado por su rendimiento escolar por temor a la humillación. Las preocupaciones relativas a enfermedades también se pueden explicar mejor por el trastorno de ansiedad por separación o por el trastorno obsesivo-compulsivo.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. La inhibición de la conducta, la afectividad negativa (neuroticismo) y la evitación del daño se han asociado con el trastorno de ansiedad generalizada.

Ambientales. Aunque las adversidades en la infancia y la sobreprotección de los padres se han asociado al trastorno de ansiedad generalizada, no se han identificado factores ambientales más específicos, necesarios o suficientes para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada.

Genéticos y fisiológicos. Un tercio del riesgo de sufrir trastorno de ansiedad generalizada es genético, y estos factores genéticos se superponen con el riesgo de neuroticismo y son compartidos con otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, sobre todo con el trastorno depresivo mayor.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Existe una variación cultural considerable en la expresión del trastorno de ansiedad generalizada. Por ejemplo, en algunas culturas los síntomas somáticos predominan en la expresión del trastorno, mientras que en otras culturas tienden a predominar los síntomas cognitivos. Esta diferencia puede ser más evidente en la presentación inicial que posteriormente, a medida que los individuos presentan más síntomas con el paso del tiempo. No hay información en cuanto a si la propensión a la preocupación excesiva tiene influencias culturales, aunque el tema de la preocupación podría ser específico de cada cultura. Es importante tener en cuenta el contexto social y cultural al evaluar si las preocupaciones sobre ciertas situaciones son o no excesivas.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

En el ámbito clínico, el trastorno de ansiedad generalizada se diagnostica más frecuentemente en las mujeres que en los varones (alrededor del 55-60 % de quienes presentan el trastorno son mujeres). En los estudios epidemiológicos, aproximadamente dos tercios son mujeres. Las mujeres y los varones con trastorno de ansiedad generalizada parecen tener síntomas similares, pero tienen

diferentes patrones de comorbilidad. En las mujeres, la comorbilidad se limita en gran parte a los trastornos de ansiedad y a la depresión unipolar, mientras que en los varones es más probable que la comorbilidad se extienda a los trastornos por uso de sustancias.

Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad generalizada

La preocupación excesiva perjudica a la capacidad del individuo para hacer las cosas de manera rápida y eficiente, ya sea en casa o en el trabajo. La preocupación consume tiempo y energía, y los síntomas asociados, como la tensión muscular y la sensación de excitación o de nerviosismo, el cansancio, la dificultad para concentrarse y los trastornos del sueño, contribuyen al deterioro. Es importante destacar que la preocupación excesiva puede afectar a la capacidad que tienen las personas con trastorno de ansiedad generalizada de fomentar la confianza en sus hijos.

El trastorno de ansiedad generalizada se asocia con una discapacidad significativa y una angustia que son independientes de los trastornos comórbidos, y la mayoría de los adultos no institucionalizados por este trastorno tiene una discapacidad entre moderada y grave. El trastorno de ansiedad generalizada ocasiona, en la población de Estados Unidos, una pérdida de 110 millones de días al año por incapacidad.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. El diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica se debería asignar si se considera que la ansiedad y la preocupación del individuo, basándose en la historia, los hallazgos de laboratorio y la exploración física, son el efecto fisiológico de otra afección médica específica (p. ej., feocromocitoma, hipertiroidismo).

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno de ansiedad generalizada por el hecho de considerar que una sustancia o medicamento (p. ej., una droga de abuso, la exposición a una toxina) está etiológicamente relacionado con la ansiedad. Por ejemplo, la ansiedad grave que se produce sólo en el contexto de un elevado consumo de café sería diagnosticada de trastorno de ansiedad inducido por cafeína.

Trastorno de ansiedad social. Los individuos con trastorno de ansiedad social a menudo tienden a esperar la ansiedad en relación con situaciones sociales próximas o de evaluación por terceros, mientras que los individuos con trastorno de ansiedad generalizada muestran preocupación estén o no siendo evaluados.

Trastorno obsesivo-compulsivo. Varias características distinguen la preocupación excesiva del trastorno de ansiedad generalizada de los pensamientos obsesivos del trastorno obsesivo-compulsivo. En el trastorno de ansiedad generalizada, la preocupación se enfoca en los problemas futuros, y es el carácter excesivo de la preocupación por esos acontecimientos futuros lo que es anormal. En el trastorno obsesivo-compulsivo, las obsesiones son ideas inadecuadas porque adoptan la forma de pensamientos, impulsos o imágenes intrusivos y no deseados.

Trastorno de estrés postraumático y trastornos de adaptación. La ansiedad está invariablemente presente en el trastorno de estrés postraumático. No se debería diagnosticar el trastorno de ansiedad generalizada si la ansiedad y la preocupación se pueden explicar mejor como síntomas del trastorno de estrés postraumático. La ansiedad también puede aparecer en el trastorno de adaptación, pero esta categoría sólo se debe utilizar cuando no se cumplen los criterios de otro trastorno (incluido el trastorno de ansiedad generalizada). Por otra parte, en los trastornos adaptativos, la ansiedad se produce en respuesta a un factor estresante, identificable en los 3 meses anteriores a su aparición, y no debe persistir durante más de 6 meses después de haber desaparecido el factor estresante o sus consecuencias.

Trastornos depresivos, bipolares y psicóticos. La ansiedad y la preocupación generalizada constituyen una característica frecuente de los trastornos depresivos, bipolares y psicóticos, y no se

deberían diagnosticar separadamente si la preocupación sólo aparece durante el curso de esos trastornos.

Comorbilidad

Los individuos que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada es probable que hayan padecido, o que actualmente cumplan, los criterios de otro trastorno de ansiedad y de los trastornos depresivos unipolares. El neuroticismo o la responsabilidad emocional que sostiene este patrón de **comorbilidad** se asocia a antecedentes temperamentales y factores de riesgo genéticos y ambientales que estos trastornos tienen en común, aunque también son posibles otros factores independientes. Es menos común la comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias, con los trastornos de la conducta, con los trastornos psicóticos, con los trastornos del neurodesarrollo y con los trastornos neurocognitivos.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

Criterios diagnósticos

- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) Y (2):
 1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente pueden incluir lo siguiente:

Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

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

Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos de ansiedad inducidos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por uso de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el carácter en 4ª posición es "1", y el médico registrará "trastorno leve por consumo de [sustancia]" antes de trastorno de ansiedad inducido por sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno de ansiedad inducido por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el carácter en 4ª posición es "2", y el médico hará constar "trastorno moderado por consumo de [sustancia]" o "trastorno grave por consumo de [sustancia]" según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de sustancias. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo

fuerte puntual de la sustancia), el carácter en 4ª posición es "9", y el médico sólo hará constar el trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

	CIE-9-MC	CIE-10-MC		
		Con trastorno por consumo leve	Con trastorno por consumo moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	291.89	F10.180	F10.280	F10.980
Cafeína	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Cannabis	292.89	F12.180	F12.280	F12.980
Fenciclidina	292.89	F16.180	F16.280	F16.980
Otro alucinógeno	292.89	F16.180	F16.280	F16.980
Inhalante	292.89	F18.180	F18.280	F18.980
Opiáceo	292.89	F11.188	F11.288	F11.988
Sedante, hipnótico, ansiolítico	292.89	F13.180	F13.280	F13.980
Anfetamina (u otro estimulante)	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Cocaína	292.89	F14.180	F14.280	F14.980
Otra sustancia (o sustancias desconocidas)	292.89	F19.180	F19.280	F19.980

Especificar si (véase la Tabla 1 en el capítulo "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos" para los diagnósticos asociados a la clase de sustancias):

Con inicio durante la intoxicación: Este especificador se aplica si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: Este especificador se aplica si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la retirada. **Con**

inicio después del consumo de medicamentos: Los síntomas pueden aparecer al iniciar la medicación o después de una modificación o cambio en el consumo.

Procedimientos de registro

CIE-9-MC. El nombre del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, salbutamol) que se supone que es la causante de los síntomas de ansiedad. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., salbutamol), se utilizará el código "otra sustancia"; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Después del nombre del trastorno figura la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, inicio durante el consumo del medicamento). A diferencia de los procedimientos de registro de la CIE-10-MC, que combinan en un mismo código el trastorno inducido por sustancias y el trastorno por consumo de sustancias, en la CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico aparte para el trastorno por consumo de sustancias. Por ejemplo, en el caso de síntomas de ansiedad durante la abstinencia en un individuo con un trastorno grave por consumo de lorazepam, el diagnóstico es 292.89 trastorno de ansiedad por consumo de lorazepam, con inicio durante la abstinencia. También se hace constar un diagnóstico adicional 304.10 trastorno grave por consumo de lorazepam. Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel significativo en el desarrollo de síntomas de ansiedad, cada una de ellas se hará constar por separado (p. ej.,

292.89 trastorno de ansiedad inducido por metilfenidato, con inicio durante la intoxicación; 292.89 trastorno de ansiedad inducido por salbutamol, con inicio después del consumo del medicamento).

CIE-10-MC. El nombre del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, salbutamol) que se supone que es la causante de los síntomas de ansiedad. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancias. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., salbutamol), se utilizará el código "otra sustancia", y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Para registrar el nombre del trastorno, el trastorno concurrente por consumo de sustancias (si existe) se enumera en primer lugar, y a continuación la palabra "con", seguida del nombre del trastorno de ansiedad inducido por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, inicio durante el consumo del medicamento). Por ejemplo, en el caso de síntomas de ansiedad durante la abstinencia en un individuo con un trastorno grave por consumo de lorazepam, el diagnóstico es F13.280 trastorno grave por consumo de lorazepam con trastorno de ansiedad inducido por lorazepam, con inicio durante la abstinencia. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de lorazepam. Si el trastorno de ansiedad inducido por sustancias se produce sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), no se hace constar el trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F16.980 trastorno de ansiedad inducido por psicibina, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia tienen un papel significativo en el desarrollo de los síntomas de ansiedad, cada una de ellas se hará constar por separado (p. ej., F15.280 trastorno grave por consumo de metilfenidato con trastorno de ansiedad inducido por metilfenidato, con inicio durante la intoxicación; F19.980 trastorno de ansiedad inducido por salbutamol, con inicio después del consumo del medicamento).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos es la presencia de síntomas prominentes de pánico o ansiedad (Criterio A) que se consideran debidos a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o una toxina). Los síntomas de pánico o de ansiedad deben haber desarrollado durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de alguna sustancia, o después de la exposición a un medicamento, y las sustancias o medicamentos deben ser capaces de producir los síntomas (Criterio B2). El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos debido a un tratamiento prescrito por un trastorno mental u otra afección médica debe iniciarse mientras el individuo está recibiendo la medicación (o durante su retirada, si los síntomas clínicos de retirada se asocian con la medicación). Una vez que se interrumpe el tratamiento, los síntomas de pánico o ansiedad suelen mejorar o remitir entre pocos días a varias semanas o un mes (dependiendo de la vida media de la sustancia/medicamento y de la presencia de abstinencia). No se debería realizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos si el inicio de los síntomas de pánico o de ansiedad precede a la intoxicación por las sustancias/medicamentos o a la retirada de los mismos, o si los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (esto es, por lo general más de un mes) desde el momento de la intoxicación o la abstinencia grave. Si los síntomas de pánico o ansiedad persisten por largos períodos de tiempo, se deben considerar otras causas.

Se debe realizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias, únicamente si los síntomas del Criterio A predominan en el cuadro clínico y son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El pánico o la ansiedad pueden aparecer asociados a la intoxicación con los siguientes tipos de sustancias: alcohol, cafeína, cannabis, fenciclidina, alucinógenos, inhalantes, estimulantes (incluida la cocaína)

y otras sustancias (o sustancias desconocidas). El pánico y la ansiedad pueden aparecer en asociación con la retirada de las siguientes clases de sustancias: alcohol, opiáceos, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, estimulantes (como la cocaína) y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Algunos medicamentos que evocan los síntomas de ansiedad son los anestésicos y los analgésicos, los simpaticomiméticos u otros broncodilatadores, los anticolinérgicos, la insulina, los preparados para la glándula tiroidea, los anticonceptivos orales, los antihistamínicos, los medicamentos antiparkinsonianos, los corticosteroides, los medicamentos antihipertensivos y cardiovasculares, los anticonvulsivantes, el carbonato de litio, y los fármacos antipsicóticos y antidepressivos. También pueden causar síntomas de pánico o ansiedad los metales pesados y las toxinas (p. ej., los insecticidas organofosforados, los gases nerviosos, el monóxido de carbono, el dióxido de carbono y las sustancias volátiles, tales como la gasolina y la pintura).

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos no está clara. Los datos generales de la población sugieren que puede ser infrecuente, con una prevalencia anual de aproximadamente el 0,002 %. Sin embargo, en las poblaciones clínicas la prevalencia es probablemente mayor.

Marcadores diagnósticos

Los análisis de laboratorio (p. ej., los de toxicología en la orina) pueden ser útiles para medir la intoxicación por sustancias como parte de una evaluación del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por sustancias y retirada de sustancias. Los síntomas de ansiedad ocurren comúnmente por la intoxicación y la retirada de sustancias. El diagnóstico de intoxicación por sustancias específicas o abstinencia de sustancias específicas es por lo general suficiente para clasificar la presentación de los síntomas. Debe hacerse un diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, además del de intoxicación o abstinencia de sustancias, cuando los síntomas de pánico o ansiedad predominan en el cuadro clínico y son de gravedad suficiente como para merecer una atención clínica independiente. Por ejemplo, los síntomas de pánico o ansiedad son característicos de la abstinencia del alcohol.

Trastorno de ansiedad (p. ej., no inducido por sustancias/medicamentos). El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos está etiológicamente relacionado con la sustancia/medicamento. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos se distingue de un trastorno de ansiedad primario basándose en el inicio, el curso y otros factores relativos al uso de sustancias/medicamentos. Respecto a las drogas de abuso, debe haber indicios en la historia, la exploración física o los análisis de laboratorio que evidencien su uso, una intoxicación o la abstinencia. Los trastornos de ansiedad inducidos por sustancias/medicamentos se presentan solamente en asociación con estados de intoxicación o abstinencia, mientras que los trastornos de ansiedad primarios pueden preceder a la aparición del uso de sustancias/medicamentos. La presencia de características que son atípicas de un trastorno de ansiedad primaria, tales como la edad atípica de inicio de los síntomas (p. ej., la aparición del trastorno de pánico después de la edad de 45 años) o unos síntomas atípicos (p. ej., un ataque de pánico con síntomas atípicos como verdadero vértigo, pérdida del equilibrio, pérdida de la conciencia, pérdida del control vesical, dolores de cabeza, trastornos del habla) pueden sugerir como etiología el trastorno inducido por sustancias/medicamentos. El diagnóstico de ansiedad primaria se justifica si los síntomas de pánico o de ansiedad persisten durante un período sustancial de tiempo (alrededor de un mes o más) después del final de la intoxicación por sustancias o de la abstinencia aguda, o si hay antecedentes de un trastorno de ansiedad.

Delirium. Si los síntomas de pánico o ansiedad aparecieran exclusivamente en el transcurso de un delirium, se consideraría que son una característica asociada al delirium y no se diagnosticarían por separado.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. Si los síntomas de pánico o de ansiedad se atribuyen a las consecuencias fisiológicas de otra afección médica (es decir, se atribuyen a la afección médica más que a la medicación tomada para ésta), debería diagnosticarse trastorno de ansiedad

debido a otra afección médica. La historia clínica a menudo proporciona la base para tal juicio. A veces puede ser necesario un cambio en el tratamiento de la afección médica (p. ej., medicación, sustitución o interrupción) para determinar si la medicación es el agente causal (en cuyo caso los síntomas se podrían explicar mejor por un trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos). Si la perturbación es atribuible tanto a otra afección como a una sustancia de uso médico, se podrían realizar ambos diagnósticos (esto es, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos). Cuando no hay pruebas suficientes para determinar si los síntomas de pánico o ansiedad son atribuibles a una sustancia/medicamento o a otra afección médica, o si ya existían antes (esto es, que no son atribuibles a cualquier otra sustancia o afección médica), estaría indicado el diagnóstico de otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

Criterios diagnósticos

293.84 (F06.4)

- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
- D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.84 [F06.4] trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma). La otra afección médica se codificará y anotará por separado inmediatamente antes del trastorno de ansiedad debido a la afección médica (p. ej., 227.0 [D35.00] feocromocitoma; 293.84 [F06.4] trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica es una ansiedad clínicamente significativa cuya mejor explicación es el efecto fisiológico de una enfermedad orgánica. Los síntomas pueden ser manifestaciones de ansiedad o ataques de pánico prominentes (Criterio A). El juicio de que los síntomas se explicarían mejor por la afección física relacionada se ha de basar en las pruebas aportadas por la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio (Criterio B). Además, se debe descartar que los síntomas no se expliquen mejor por otro trastorno mental, en particular por el trastorno de adaptación, donde el factor de estrés originario de la ansiedad sería la afección médica (Criterio C). En este caso, un individuo con trastorno de adaptación estaría especialmente angustiado por el significado o por las consecuencias de la afección médica asociada. Por el contrario, cuando la ansiedad se debe a otra afección médica, la ansiedad muestra a menudo un componente físico prominente (p. ej., sensación de falta de aire). El diagnóstico no se realiza si los síntomas de ansiedad se producen sólo durante el curso de un delirium (Criterio D). Los síntomas de ansiedad deben causar un malestar clínicamente significativo, deterioro social o laboral, o deterioro de otras áreas importantes de actividad (Criterio E).

Para determinar si los síntomas de ansiedad son atribuibles a otra afección médica, el clínico debe establecer en primer lugar la presencia de la enfermedad médica. Además, antes de hacer el juicio de que la afección es la mejor explicación para los síntomas, debería establecer una relación etiológica entre los síntomas de ansiedad y el estado de salud mediante algún mecanismo fisiológico. Sería

necesaria una evaluación cuidadosa y exhaustiva de múltiples factores. Se deben considerar varios aspectos de la presentación clínica: 1) la presencia de una asociación temporal clara entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la afección médica y los síntomas de ansiedad; 2) la presencia de características que sean atípicas de los trastornos de ansiedad primaria (p. ej., la edad de inicio de los síntomas atípicos o el curso), y 3) la evidencia bibliográfica de que existe un mecanismo fisiológico conocido (p. ej., el hipertiroidismo) capaz de causar la ansiedad. Además, la perturbación no se debería explicar mejor por un trastorno de ansiedad primaria, un trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos u otro trastorno mental primario (p. ej., un trastorno adaptativo).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Hay varias afecciones orgánicas que son conocidas por presentar como manifestación sintomática la ansiedad. Ejemplos de ello son las enfermedades endocrinas (p. ej., el hipertiroidismo, el feocromocitoma, la hipoglucemia y el hiperadrenocortisolismo), los trastornos cardiovasculares (p. ej., la insuficiencia cardíaca congestiva, la embolia pulmonar, las arritmias, como la fibrilación auricular), las enfermedades respiratorias (p. ej., la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma, la neumonía), los trastornos metabólicos (p. ej., la deficiencia de vitamina B₁₂, la porfiria) y las enfermedades neurológicas (p. ej., las neoplasias, la disfunción vestibular, la encefalitis y las convulsiones). Se diagnostica la ansiedad debida a otra afección médica cuando se sabe que dicha afección médica induce ansiedad y ha precedido a su aparición.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica no está clara. Parece existir una elevada prevalencia de los trastornos de ansiedad entre los individuos con determinadas afecciones médicas, como el asma, la hipertensión, las úlceras y la artritis. Sin embargo, este aumento de la prevalencia puede deberse a razones distintas al trastorno de ansiedad y puede estar causado directamente por la afección médica.

Desarrollo y curso

El desarrollo y el curso del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica general son los de la enfermedad subyacente. Este diagnóstico no está destinado a incluir trastornos de ansiedad primarios que surgen en el contexto de una enfermedad médica crónica. Esto es importante considerarlo en las personas mayores, que pueden experimentar una enfermedad médica crónica y luego desarrollar trastornos de ansiedad independientes, secundarios a la enfermedad médica crónica.

Marcadores diagnósticos

Para confirmar la existencia de la enfermedad médica asociada son necesarias pruebas de laboratorio y exámenes médicos.

Diagnóstico diferencial

Delirium. No es determinante un diagnóstico independiente de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica si la ansiedad se produce exclusivamente durante el curso de un delirium. Sin embargo, se puede otorgar un diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, además de un diagnóstico de trastorno neurocognitivo importante (demencia), si la etiología de la ansiedad se juzga que es una consecuencia fisiológica del proceso patológico que causa el trastorno neurocognitivo y si la ansiedad es una parte importante de la presentación clínica.

Presentación mixta de los síntomas (p. ej., el estado de ánimo y la ansiedad). Si la presentación incluye una mezcla de diferentes tipos de síntomas, el trastorno mental específico debido a otra afección médica dependerá de los síntomas que predominen en el cuadro clínico.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. Si hay evidencia de un reciente o prolongado uso de sustancias (incluyendo medicamentos con efectos psicoactivos), de la suspensión

de una sustancia o de la exposición a una toxina, se debería considerar un trastorno de ansiedad inducido por la sustancia/medicamento. Algunos medicamentos se sabe que provocan ansiedad (p. ej., corticosteroides, estrógenos, metoclopramida); si se da esta circunstancia, la etiología medicamentosa podría ser la más probable, aunque quizá es difícil distinguir si la ansiedad es atribuible a los medicamentos o a la propia enfermedad. Cuando se está haciendo un diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias en relación con drogas recreativas o no prescritas, puede ser útil realizar un análisis de detección de drogas en la orina o la sangre, u otras pruebas apropiadas de laboratorio. Si los síntomas aparecen durante o poco después (esto es, en el plazo de 4 semanas) de la intoxicación por la sustancia o de su retirada, o después del uso de un medicamento, esto podría ser especialmente indicativo de un diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, dependiendo del tipo, la duración y la cantidad de la sustancia utilizada. Si el trastorno se asocia tanto a otra afección médica como al consumo de alguna sustancia, se podrían establecer ambos diagnósticos (p. ej., trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos). Características tales como la aparición después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante un ataque de pánico (p. ej., vértigo, pérdida de la conciencia, pérdida del control de los esfínteres, problemas del habla y amnesia) sugieren la posibilidad de que sea otra afección médica o una sustancia lo que esté causando los síntomas del ataque de pánico.

Trastorno de ansiedad (no debido a una afección médica conocida). El trastorno de ansiedad debido a otra afección médica debe distinguirse de otros trastornos de ansiedad (especialmente del trastorno de pánico y del trastorno de ansiedad generalizada). En los otros trastornos de ansiedad no se pueden demostrar mecanismos fisiológicos causales específicos y directos asociados con otra afección médica. Una edad avanzada de inicio de los síntomas, los síntomas atípicos y la ausencia de antecedentes personales o familiares de trastornos de ansiedad sugieren la necesidad de una evaluación exhaustiva para descartar el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. El trastorno de ansiedad puede exacerbar o suponer un mayor riesgo de afecciones médicas, tales como episodios cardiovasculares y el infarto de miocardio, y en estos casos no se debería diagnosticar un trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.

Trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad debido a otra afección médica se debe distinguir del trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad por enfermedad se caracteriza por inquietud ante una enfermedad, preocupación por el dolor y otras preocupaciones corporales. En el caso del trastorno de ansiedad por enfermedad, las personas pueden o no haber sido diagnosticadas de afecciones médicas. Aunque una persona con trastorno de ansiedad por enfermedad y diagnosticada de una afección médica es propensa a experimentar ansiedad en relación con su estado de salud, el estado de salud no estaría fisiológicamente relacionado con los síntomas de ansiedad.

Trastornos de adaptación. El trastorno de ansiedad debido a otra afección médica se debe distinguir de los trastornos adaptativos con ansiedad o con ansiedad y depresión. El trastorno de adaptación se justifica cuando los individuos experimentan una respuesta desadaptativa a la tensión de tener otra afección médica. La reacción al estrés, por lo general, es secundaria a la importancia o a las consecuencias de éste, a diferencia de los síntomas de ansiedad o anímicos que son consecuencia fisiológica de otras afecciones médicas. En el trastorno de adaptación, los síntomas de ansiedad están típicamente relacionados con el afrontamiento del estrés que genera el hecho de tener una afección médica general, mientras que en el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica los individuos son más propensos a tener síntomas físicos prominentes y a que el centro de las preocupaciones no sea el estrés debido a la enfermedad en sí.

Característica asociada de otro trastorno mental. Los síntomas de ansiedad pueden estar asociados a otro trastorno mental (p. ej., la esquizofrenia, la anorexia nerviosa).

Otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado. Este diagnóstico se realiza si no se puede determinar si los síntomas de ansiedad son primarios, inducidos por sustancias o asociados con otra afección médica.

Otro trastorno de ansiedad especificado

300.09 (F41.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de ansiedad especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “ansiedad generalizada que está ausente más días de los que está presente”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. **Ataques sintomáticos limitados.**
2. **Ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que en los que no está presente.**
3. *Khyál cap (ataque del viento)*: Véase “Glosario de conceptos culturales de malestar” en los Apéndices de esta obra.
4. *Ataque de nervios*: Véase “Glosario de conceptos culturales de malestar” en los Apéndices de esta obra.

Otro trastorno de ansiedad no especificado

300.00 (F41.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría del trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).